

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924. — N° 115

Contribution à l'Étude
des
TROUBLES PSYCHO-NÉVROPATHIQUES
LARYNGÉS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juin 1924

par

François-Joseph-Julien-Marie BRIED

Né à POITIERS (Vienne), le 8 Janvier 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE	professeur . .	Président.
		BERGONIÉ	professeur . .	
		RÉCHOU	agrégé	Juges.
		JEANNENEY	agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924. — N° 115

Contribution à l'Étude
des

TROUBLES PSYCHO-NÉVROPATHIQUES LARYNGÉS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juin 1924

par

François-Joseph-Julien-Marie BRIED

Né à POITIERS (Vienne), le 8 Janvier 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE	professeur.	} <i>Président.</i>	
		BERGONIÉ . . .	professeur.		
		RÉCHOU	agrége . . .		} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY .	agrége . . .		

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DAGUERRE

19, Rue de Berry, 19

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.	MM.		
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. exot.	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clinique d'élec. médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et Hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie	VILLEMIN.	Médecine générale.....	{ CREYX. MICHELEAU BONNIN.
Histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Physiologie	DELAUNAY.		{ ROCHER. DUVERGEY. PAPIN. JEANNENEY
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale.....	{
Parasitologie et sciences naturelles.....	{ R. SIGALAS. N.		{ PERY. FAUGÈRE.
Physique biologique et médicale...	RÉCHOU.	Obstétrique	{
Chimie biologique et médicale ...	N.		{ TEULIÈRES.
	{ MAURIAC.	Ophthalmologie	{
Médecine générale.....	{ LEURET	Oto-rhino-laryngologie	{ PORTMANN.
	{ DUPERIÉ.	Pharmacie	{ GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	JEANNENEY.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puericulture.....	ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Cours complémentaire de Chimie analytique.....	N.
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....	N.
Cours complém. d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX SŒURS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Que ce travail bien modeste soit un témoignage de ma profonde affection filiale, une marque de mon immense et tendre reconnaissance, pour tous les sacrifices que vous avez acceptés et les tendres encouragements que j'ai toujours trouvés auprès de vous.

A MA SŒUR MARGUERITE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERDOUX

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

*Témoignage de ma très sincère gratitude
pour la solide éducation chirurgicale, qu'il
a bien voulu nous donner au début de nos
études.*

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DE L'HOTEL-DIEU DE POITIERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOËL MOREAU

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

CHEF DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage très reconnaissant et
expression de notre sincère amitié.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PORTMANN

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE (C. R.)

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*Qu'il nous soit permis ici de le remercier
pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté,
ainsi que de l'enseignement tant théorique
que pratique, que nous avons recueilli de
ses si brillantes et claires leçons.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A mon Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR E. J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

GRAND'CROIX DE L'ORDRE D'ISABELLE LA CATHOLIQUE

GRAND'CROIX DE L'ORDRE D'ALPHONSE XII

Cher Maître,

Veillez accepter le témoignage de ma très profonde reconnaissance pour la bienveillance, que vous m'avez témoignée dans votre service, ou j'ai puisé à vos conseils de tous les instants, les bases de la carrière à laquelle je vais être livré.

Que ce modeste travail soit pour vous l'expression de la très sincère reconnaissance d'un de vos élèves dévoué.

A new volume of the

MONSIEUR LE DOCTEUR E. K. MOORE

PROFESSOR OF ELECTRICITY AND MAGNETISM
A LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADEMIE DE MONTPELLIER
COMMISSAIRE DE LA CLASSE D'ANATOMIE
MEMBRE DU COMITE DE L'ACADEMIE DE MONTPELLIER
CHANCELLIER DE L'UNIVERSITE DE MONTPELLIER

Paris, France

Les Editions de la Revue de la Faculté de Médecine de Montpellier
ont l'honneur de publier la collection des Œuvres complètes de
Monsieur le Docteur E. K. Moore, qui a été l'un des plus
distingués professeurs de la Faculté de Médecine de Montpellier.
Cette collection comprend tous les ouvrages de Monsieur le Docteur
E. K. Moore, qui ont été publiés pendant sa vie, et qui sont
aujourd'hui très rares. Elle est divisée en deux volumes.
Le premier volume contient les Œuvres complètes de Monsieur le Docteur
E. K. Moore, qui ont été publiés pendant sa vie, et qui sont
aujourd'hui très rares. Le second volume contient les Œuvres complètes
de Monsieur le Docteur E. K. Moore, qui ont été publiés pendant sa vie,
et qui sont aujourd'hui très rares.

AVANT-PROPOS

A la veille de prendre rang dans la Société Médicale, avant d'aborder notre travail inaugural, nous tenons à remercier ici tous nos Maîtres, qui, durant ces années d'études que nous avons trouvées si courtes, ont bien voulu nous donner leur enseignement précieux.

Jetant un coup d'œil en arrière, nous ne pouvons pas oublier nos chefs de service successifs. Aussi, profitons-nous de cet instant, pour leur adresser l'expression de notre profonde et sincère reconnaissance.

A nos Maîtres de la première heure, MM. les Docteurs Morichaud-Beauchamp et Chrétien dans les services desquels nous avons passé notre Internat, et sous l'affable direction desquels nous avons appris à nous familiariser avec la clinique.

A M. le Professeur Agrégé Rocher, auprès duquel nous avons trouvé un accueil si cordial et recueilli un enseignement précis de chirurgie infantile.

A M. le Professeur Bergonié, si bienveillant pour nous au début de notre Externat, et sous la haute direction duquel, nous avons acquis des notions radiologiques.

A M. le Professeur Agrégé Duvergey, dont nous garderons un souvenir durable pour l'affabilité et la sympathie qu'il a bien voulu, toujours, nous témoigner dans son service de Chirurgie.

Dans notre service de la Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie de Faculté de Médecine de Bordeaux.

A M. le Docteur Moreau, qui nous aida à faire nos premiers pas dans les dédales de la spécialité, avec une bienveillance, une patience et une amabilité sans égales. Nous lui adressons, de plus, l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'aide et les conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail.

A M. le Professeur Agrégé G. Portmann, notre jeune Maître, auquel nous adressons nos remerciements pour le dévouement inlassable et la grande sympathie qu'il nous a toujours témoigné.

Nous remercions ici, surtout, notre éminent Maître, M. le Professeur E.-J. Moure, pour les conseils éclairés, qu'il n'a cessé de nous prodiguer, pour sa bienveillance constante durant nos années d'Externat dans son service, et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre bien modeste thèse.

INTRODUCTION

Dans les pages qui vont suivre, nous avons essayé de réunir, sous le terme de « psychonévropathiques », tous les troubles laryngés que présentent une catégorie particulière de malades, troubles classés jusqu'à ce jour sous le nom de névroses et d'hystérie.

La très grande variété de ces troubles nous a amené à ne choisir qu'une case de la spécialité, et attirés par leur localisation fréquente sur le larynx, nous nous sommes cantonnés à l'étude des troubles psychonévropathiques laryngés.

Le qualificatif d'hystérique, si sujet à controverses, nous semble, en effet, bien impropre, et gros de conséquences sur le moral d'un malade atteint uniquement de troubles laryngés, nerveux : celui de psychonévropathique, sous lequel nous allons donner quelques observations, nous paraît mieux convenir à ces malades.

Si nous employons le terme de psychonévrose, c'est que les accidents que nous avons en vue ont, tous, à quelque degré, une origine psychique, origine parfois difficile à dépister, masquée qu'elle est par des phénomènes plus bruyants, mais qu'il est important de reconnaître, puisque c'est justement en agissant sur l'élément psychopathique des névroses, que l'on arrive à faire céder les troubles par lesquels celles-ci s'objectivent.

Nous espérons ainsi rendre service, non seulement au spécialiste vers lequel sera aiguillé un tel malade, mais aussi au médecin général, au neurologiste qui sera parfois embarrassé devant des troubles, à allures somatiques, alors que ce ne sont que des phénomènes purement psychiques.

De là encore l'utilité pour le médecin spécialiste, de ne pas se considérer comme séparé par une cloison étanche d'avec ses confrères, de ne pas oublier la diversité et complexité cliniques, et qu'avant tout il est et doit être clinicien général.

Or, à la Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie de la Faculté de Médecine de Bordeaux, ayant eu l'occasion fréquente pour ne pas dire journalière de nous trouver en présence de troubles psychonévropathiques d'une gamme très variée, notre Maître, M. le Professeur Moure, a bien voulu nous faire l'honneur de nous inspirer cette thèse. Il nous a paru très intéressant sous sa haute direction d'étudier cette question et d'en faire notre travail inaugural.

L'idée nous est donc venue en présence de ces faits, et en nous basant sur des observations détaillées, inédites, d'en faire une étude, tant au point de vue symptomatologique, que diagnostique et thérapeutique, sans prétendre toutefois, par ce modeste travail, mettre au point d'une façon définitive cette si vaste et délicate question.

Après avoir rapporté nos observations (1), nous adoptons le plan suivant :

2. — Historique.
 3. — Etiologie.
 4. — Symptomatologie
 5. — Diagnostic.
 6. — Pronostic.
 7. — Traitement.
-

I

OBSERVATIONS

Dans le Service de notre Maître, M. le Professeur Moure, il nous a été donné l'occasion de voir un grand nombre de malades venir consulter pour les troubles laryngés, relevant du facteur psychonévropathique. Nous avons été ainsi amenés à suivre quelques-uns de ces malades de plus près, cas dont nous publions nos observations personnelles.

Pendant la guerre, de nombreux cas semblables ont été observés, et il nous a semblé bon d'en relater quelques observations. Nous adressons ici toute notre reconnaissance à M. Girard, professeur à l'Institut des Sourds-Muets de Bordeaux, qui a bien voulu nous prêter sa haute collaboration au sujet de quelques-uns de ces malades qu'il a traité lui-même au centre de Rééducation.

Nous venons remercier aussi nos camarades des Services de Neurologie qui ont bien voulu nous transmettre les observations des malades adressés par leurs Services aux fins d'examen spécial à la consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie. Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre cordiale sympathie.

OBSERVATION I

De LABOUGLE.

(Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux.

13 décembre 1903.)

Elie R..., cavalier au 4^e régiment de chasseurs d'Afrique, est transporté, le 15 avril 1903, à l'Hôpital du Belvédère; il a eu, affirme l'entourage, une crise nerveuse violente et est sorti de cette crise dans un état de stupeur qui l'empêche de parler, de se faire comprendre et de marcher. Il est âgé de vingt-trois ans et au service militaire depuis un an et demi.

Le malade, examiné dans la soirée par le médecin de service, est considéré comme atteint d'hystérie et de mutisme fonctionnel.

À la visite médicale du 16 avril, nous voyons le cavalier R... couché dans le lit dans la position du décubitus dorsal. Sa figure est vive et animée; l'œil est brillant. La température vespérale et matinale est au-dessous de 37°; il nous fait signe qu'il ne peut pas parler. L'ordre lui étant cependant donné d'exprimer avec les lèvres un mot, une phrase, le regard s'anime, l'effort est visible et le malade exécute presque aussitôt avec les lèvres le mouvement correspondant à la réponse.

Donc, cet homme a l'intelligence conservée; il entend les paroles qu'on lui dit; il saisit l'idée qui s'y rattache et il exprime l'idée par le mot de la réponse sans émission de son.

En outre, il écrit distinctement, sans tremblement ni hésitation, avec le doigt dans l'air, le pays dont il est originaire. La phrase « Comment vous appelez-vous ? » est inscrite sur une feuille de papier; il comprend et dit son nom doucement, avec les lèvres, sans la moindre sonorité. La demande faite au malade et relative à ses maladies antérieures est rendue par des signes : il n'a jamais eu de crises auparavant, il n'a pas eu de maladies. Nous avons su cependant plus tard et par lui qu'il s'enrouait facilement (?).

C'est ainsi que, par tâtonnements, nous savons que la crise qui l'a conduit à l'Hôpital et qui l'a mis dans un tel état a été subite. Le malade (ordonnance) pansait dans la cour, vers 10 heures, les chevaux de son officier; il était nu tête, le soleil assez violent; il a senti une chaleur intense sur la tête et la nuque, à laquelle il n'a pas, dès l'abord, prêté attention. Puis il est tombé et il a eu la crise de nerfs.

R... a la figure tournée à droite; il a de la tendance à fixer son regard de ce côté. La face n'est agitée par aucun mouvement, aucun spasme; les traits n'ont pas subi de déviation; le malade fronce la peau du front, ferme les yeux, les ouvre, gonfle les joues facilement. Par intervalles, il a des mouvements d'inquiétude, un peu d'agitation; il répond avec les lèvres vivement, puis se détourne et, comme agacé, hausse l'épaule : c'est l'ébauche d'un tic convulsif. Cependant, il souffre un peu de la tête, mais les pressions exercées en divers points de la face, et notamment aux trois points du trijumeau, ne sont pas douloureuses. La pression sur le côté du larynx est pénible; elle s'accompagne d'un mouvement spasmodique avec raideur du dos et ébauche d'arc de cercle. Cette compression périlaryngée donne pendant quelques secondes au malade une sorte d'inquiétude et des contractions isolées du carré et de la houppie du menton sont constatées.

Le malade sent la piqure à l'épingle à la face; cette sensation, assez fortement ressentie, se double de mouvements du corps tout entier. La langue est hyperesthésiée, ses mouvements conservés; la sensibilité est exagérée au nez; au niveau du cou, il y a de l'hyperesthésie à gauche. Cette exploration de la sensibilité a le don d'agacer tout spécialement le malade. L'hyperesthésie se constate pour les membres inférieurs et la région fessière, L'yperesthésie de la muqueuse buccale empêche tout examen de la gorge et du larynx.

La pression du creux épigastrique est un peu douloureuse; prolongée et profonde, elle provoque un spasme à ébauche d'arc de cercle. Le malade a une tendance à gratter le drap de lit, à le déchirer.

L'étude des réflexes donne : réflexes rotuliens diminués, un réflexe plantaire exagéré, un réflexe du tendon d'Achille con-

servé, réflexe abdominal conservé, réflexe crémasterien exagéré, un réflexe pharyngien impossible à déterminer à cause de l'hyperesthésie bucco-pharyngée.

L'étude de la motricité des membres inférieurs et supérieurs révèle quelques troubles. Les mouvements des membres inférieurs sont conservés quand le malade les exécute dans son lit; il soulève le pied, la jambe; il fléchit celle-ci sur la cuisse; cependant, il y aurait de la diminution dans la force de contraction.

Les sensations de positions paraissent aussi un peu faussées. Quand l'invitation lui est donnée de se lever et de marcher, le mouvement se fait lentement, le malade peut à peine se tenir debout; il tend à s'écrouler sous lui; il essaie, à peine soutenu, de faire quelques pas les pieds rasant le tapis: il ne peut continuer. Il reste droit et debout quand il s'appuie au bord d'une table.

Le dermatographisme est à peine appréciable, le phénomène de la raie méningitique nul.

Les mouvements partiels et totaux des segments des membres supérieurs sont conservés: il a de la difficulté à serrer énergiquement la main et pendant un long intervalle de temps.

L'examen des organes montre: poumons, inspiration et sonorité un peu abaissées au sommet droit; cœur, R. A. S.; pouls normal; urines claires sans albumine ni phosphates; le ventre n'est ni rétracté ni ballonné; mouvements spasmodiques provoqués à la pression de la fosse iliaque droite.

La peau a de la sécheresse sans exanthème.

18 avril. Cet état de mutisme a persisté la journée du 17. Le malade a dormi pendant la nuit; il n'a eu ni rêves ni hallucinations. Au réveil, il a recouvré l'usage de la parole. L'infirmier de visite, de service affirme toutefois qu'une inhalation phéniquée faite dans l'après-midi du 17 aurait permis au malade de dire quelques mots (?).

R... répond nettement aux questions qui lui sont posées; il est très calme; les phénomènes d'agitation de la veille ont disparu. Il explique lentement et surement les conditions qui ont provoqué l'état dans lequel il se trouve; causes provoca-

trices relatées ci-dessus. Il siffle assez difficilement, à vrai dire, mais cet acte ne pouvait pas s'accomplir hier.

Persistance des phénomènes d'astasia-abasia. La marche et station debout sont impossibles; un soutien permet à ce malade de rester droit sur ses pieds. Le serrement de main se fait mieux que la veille.

R., a de l'appétit; la douleur de la tête existe encore, mais diminuée; le pouls est régulier sans intermittence. La respiration calme : 12 à 15 à la minute. La température est normale. Le 19 avril, l'état est le même que celui du 18 au point de vue parole. Le malade voit, entend, comprend et exprime l'idée par le mot; l'émission des sons élevés est limitée. La voix est moyenne, à timbre rude (timbre qu'elle a toujours gardé), sans altération ni bitonalité. La région laryngée est un peu sensible à la pression; l'hyperesthésie de la langue a diminué. Sensibilité très vive encore au niveau du nez. L'examen de la gorge est rendu impossible par le spasme pharyngé qu'a le malade quand on tente d'abaisser la langue.

La station debout s'opère aujourd'hui : le malade vacille et tomberait après une demi-minute environ s'il n'était pas soutenu; il éprouve la sensation de *vertigo gyrans*; il fait quelques faux pas; les pieds se détachent à peine du sol; il ne peut pas tourner; station sur un pied impossible.

Réflexes rotuliens reparus, mais faibles.

Le 20 avril, R... parle nettement; le ton de la voix est plus élevé qu'hier; il peut crier et siffle facilement.

La station debout est encore vacillante; marche difficile, mais possible.

L'examen de la gorge permet de constater une petite ulcération, très superficielle, de date récente, en arrière du pilier postérieur gauche, saignant quand on la touche avec un tampon. Pas d'examen du larynx.

L'exploration du champ visuel donne : temporal gauche, 20 à 25 cm.; nasal gauche, 10 cm. en haut, 15 à 20 cm. en bas; temporal droit, 30 cm.; nasal, 15 à 20 cm. en haut et 20 cm. à droite.

Hyperesthésie encore des membres inférieurs.

Le 22 avril, le malade marche et se tient debout sans difficulté; il exécute avec sa vigueur habituelle un coup de poing dans l'air; il serre la main avec force, il dit cependant que cette force n'est pas aussi grande que celle qu'il avait avant.

L'amélioration persistant les 22, 23 et 24 et le malade demandant la reprise de son service et étant capable de l'accomplir, sort de l'Hôpital le 25 avril.

Nous n'avons plus revu cet homme.

OBSERVATION II

Observation de guerre. Service d'O. R. L. du Professeur MOURE.

M. Fernand T..., vingt-trois ans, employé des Ponts et Chaussées, soldat au 7^e génie, est examiné le 2 mai 1916 au Service laryngologique de M. le Professeur Moure, parce que muet.

On ne relève aucun accident héréditaire; personnellement, le malade a eu la rougeole à neuf ans; à dix-sept ans, une oreille aurait coulé.

Mobilisé au front, fait son service régulièrement, lorsque, le 16 mars 1916, étant en première ligne, il se trouve sous un tir de barrage et « la peur des obus l'a rendu muet ».

Le malade parlait bien avant; il entend très bien, n'a pas d'aphasie; lorsqu'on lui demande quelque chose, il écrit immédiatement la réponse.

L'examen du larynx révèle un larynx normal en couleur, en forme; rien à l'épiglotte, cordes blanches, aryténoïdes mobiles. Les cordes ne se rapprochent pas bien cependant lorsqu'on demande au malade de parler.

Pas de troubles auriculaires, rien à l'examen objectif de l'oreille.

Pas de troubles cérébraux, ni vomissements, ni nystagmus; audition normale.

Le malade présente constamment depuis lors des contractions involontaires de la face et du cou, véritables tics.

Le malade voit bien, mais a les yeux hagards et affolés.

On l'adresse au Centre de rééducation phonétique, où M. Girard, professeur de rééducation, s'en charge.

Le 4 octobre, après rééducation phonétique et faradisation le malade émet des sons, mais ils sont bégayés et accompagnés de contractions musculaires de la tête et du tronc.

En décembre, ayant continué à faire des progrès, on l'envoie deux mois en convalescence; au retour, il a beaucoup perdu de sa phonétique et une nouvelle rééducation se montre inefficace.

OBSERVATION III

Observation de guerre. Service d'O. R. L. du Professeur MOURE.

M. François W..., vingt et un ans, tourneur, soldat au 170^e d'infanterie, est adressé au Service laryngologique de M. le Professeur Moure, pour examen, le 11 juillet 1915.

Ce soldat a été blessé, le 25 mai 1915, par un éclat d'obus au devant du cou, très superficiellement, et sa lésion n'ayant aucun rapport avec le larynx.

L'examen du malade montre celui-ci complètement aphone, malgré de violents efforts; il n'éprouve aucune gêne respiratoire, même à la course. L'auscultation ne révèle rien.

L'examen laryngoscopique montre une parésie des constricteurs des cordes vocales en phonation et respiration; les cordes se rapprochent sans arriver au contact, formant ainsi un triangle isocèle à petite base dans les trois quarts antérieurs.

L'audition est normale chez ce malade.

Adressé au Centre de rééducation phonétique, où il est très assidu, il fait des progrès rapides, la voix redevient possible et normale.

Le 1^{er} novembre 1919, le malade sort guéri par la rééducation.

OBSERVATION IV

Observation personnelle prise à la Clinique de Saint-Raphaël.
Service d'O. R. L. du Professeur MOURE.

M^{me} J. S.-M., quarante-quatre ans, ménagère, se présente le 14 novembre 1923 à la consultation d'oto-rhino-laryngologie, service du Professeur Moure, car, depuis trois mois, elle présente des troubles de la voix. « Je ne puis parler qu'à voix basse, mais cependant, par instants, j'émetts des sons comme autrefois. »

Nous ne trouvons rien à signaler dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels; elle a toujours été très nerveuse, et, il y a trois mois, a été très émue par un accident qui s'est produit sous ses yeux. De ce moment, avec une période normale intermédiaire de douze heures, date son aphonie, accompagnée, pendant trois semaines, d'un retard des règles.

Pas d'asymétrie faciale, pas de raideur du cou; pas de troubles fonctionnels auditifs.

A l'examen, la malade contracte tous ses muscles de la face et du cou; il est difficile de lui faire ouvrir la bouche, et l'on a à vaincre la résistance de ses muscles avec l'abaisse-langue.

L'examen laryngoscopique montre un larynx de couleur normale, mais une parésie des constricteurs en période de phonation; les deux cordes vocales ne se rejoignent pas et laissent filer l'air.

M. le Professeur Moure ordonne le traitement habituel en pareil cas : faradisation, massages de la région antérieure du cou et exercices phonétiques dont nous nous chargeons.

Le 19 novembre, la malade subit une première séance de cinq minutes de courant faradique et des exercices phonétiques pendant dix minutes, après massage extérieur du larynx et en faisant pencher la tête de la malade.

A la fin de la séance, la malade est étonnée de s'entendre à nouveau parler presque normalement. Nous rassurons la malade, qui part encouragée.

Nous lui faisons un traitement identique les 23, 27 et 30 novembre; le 6 décembre, la malade qui a continué à faire des

progrès croissants, revient en parlant normalement et heureuse d'avoir recouvré la voix.

Un examen montre ses cordes vocales se rapprochant normalement en phonation; la parésie des constricteurs a disparu, de même que la contracture de la face et du cou.

Guérie. Nous n'avons pas revu la malade.

L'examen général de cette malade n'a permis de relever aucun autre trouble; l'auscultation cardiaque et pulmonaire n'ont rien révélé. L'examen neurologique et psychique est négatif, tant au point de vue mental qu'au point de vue réflexes.

OBSERVATION V

De M. A. COURTADE.

Revue de Laryngologie, 1903, p. 1341.

Nous avons examiné un homme qui avait dû être trachéotomisé deux fois pour un œdème laryngé produisant l'asphyxie : en 1898, il a dû subir la trachéotomie parce que, à la suite d'une piqûre de moustique sous l'œil gauche, il est survenu un œdème considérable du visage et du cou; en mars 1900, on pratique une nouvelle trachéotomie pour combattre une asphyxie d'origine laryngée survenue sans cause bien déterminée.

On s'expliquera l'apparition de l'œdème laryngé, sous une influence des plus bénignes, quand on connaîtra les antécédents de cet homme, tourneur sur bois, qui avait cinquante-cinq ans en 1900, quand on l'a observé.

A douze ans, il a eu des convulsions à deux reprises; à quinze ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a duré deux semaines : c'est à partir de ce moment-là qu'il est sujet à des œdèmes subits, qui atteignent leur maximum de développement en vingt-quatre heures et mettent à peu près le même temps pour disparaître.

L'œdème se localise toujours là où se produit le traumatisme le plus léger; s'il marche beaucoup, c'est aux pieds que se produit la tuméfaction; reste-t-il longtemps assis, les fesses portent l'empreinte du siège sur lequel il s'est reposé; l'œdème se fixe aux mains s'il travaille plus qu'à l'habitude. Un jour, passant à bicyclette dans un chemin difficile, il a dû faire des efforts pour maintenir le guidon : le lendemain, les deux mains étaient enflées.

Il lui est arrivé d'avoir de l'œdème de la face pour s'être appuyé la tête contre la table pour dormir; le moindre choc sur cette région amène le même résultat. Ces œdèmes ne se produisent pas à périodes fixes : rares au début, ils deviennent de plus en plus fréquents et surviennent une dizaine de fois par an sous les influences les plus légères; à chaque poussée, l'œdème ne se limite plus à la région traumatisée; il s'étend à la région voisine et gagne même le membre opposé; s'il apparaît aux mains, il empêche la flexion des doigts.

On retrouve chez ce sujet des troubles digestifs caractérisés par des douleurs abdominales, sans diarrhée, suivies de vomissements de bile, mais il n'y a jamais eu de coïncidence entre l'apparition des troubles digestifs et l'œdème.

Cette prédisposition existe dans toute la famille; son père, à l'âge de cinquante-sept ans, a eu pour la première fois un œdème des bourses, qui a duré quarante-huit heures.

Sur quatre frères, il y en a trois, âgés respectivement de trente, trente-deux et trente-trois ans, qui, à plusieurs reprises, ont présenté un œdème subit, soit après une fatigue des membres ou après un choc sur une région quelconque.

Quelque temps avant d'être opéré pour la deuxième fois, en mars 1900, il avait éprouvé déjà des accidents dyspnéiques par suite du volume qu'avait atteint sa luerette; mais tout était rentré dans l'ordre sans intervention chirurgicale. Lorsqu'il a subi la deuxième trachéotomie, il n'y avait pas d'œdème de la luerette.

Nous avons examiné ce malade au laryngoscope 15 jours après cette deuxième opération parce que sa voix était restée un peu enrouée, disait-il, depuis sa première trachéotomie, en

1898. Nous constatons alors que les bandes ventriculaires sont d'un rouge vif et tuméfiées dans leurs deux tiers antérieurs, de sorte que le tiers postérieur seul des cordes vocales est nettement visible et d'aspect normal. Il n'existe ni paralysie, ni ulcération, ni tuméfaction des autres parties du larynx.

OBSERVATION VI

De LEROUX et BOUCHET. *Progrès médical*, janvier 1922.

(Spasme laryngé d'origine pithiatique.)

Marthe L..., vingt-quatre ans, vient consulter, en mars 1921, à l'Hôpital Laennec, pour des troubles dyspnéiques aigus qui ont provoqué peu auparavant un accès de suffocation et sont identiques à des accidents anciens ayant nécessité deux trachéotomies.

L'histoire de la malade se ramène à peu de choses. Pas d'hérédité chargée au point de vue nerveux; père mort d'accident, mère vivante, avec troubles cardiaques chroniques; trois frères et sœurs bien portants.

Personnellement, la malade ne signale aucun accident nerveux dans son enfance. Née à terme, elle a eu la rougeole à six ans, une broncho-pneumonie à dix-huit ans, en 1918. C'est à la fin de 1924 seulement qu'apparaissent pour la première fois les accidents qui se sont renouvelés depuis en 1918 et 1921.

Au courant de l'hiver 1913-14, à une date qu'elle ne peut préciser, la malade faillit être écrasée dans la rue, à deux heures de l'après-midi, et éprouva de ce fait une violente émotion.

Le soir, elle se couche à neuf heures; elle est réveillée, dit-elle, par une gêne à respirer qui s'accroît progressivement jusqu'à menace d'asphyxie. Elle ne perd pas connaissance, ne tousse pas, mais se sent de plus en plus étranglée et se fait transporter de suite à l'Hôpital Lariboisière.

Son état parut assez alarmant pour pratiquer une trachéotomie, qui fut faite à 11 h. 30, sans essai d'anesthésie générale. Elle garda sa canule un mois, puis fut décanulée sans inci-

dent et sans reprise de spasme suffocant. Pendant trois mois et demi, aucun accident, aucune maladie n'est signalée.

Au printemps 1918, dans la soirée du jour où se produisit l'explosion de la Courneuve, le spasme reparait brusquement. La malade, éveillée, sent la dyspnée se produire avec sensation d'étranglement toujours plus intense, jusqu'à menace d'asphyxie. Elle garde toute sa connaissance, ne présente pas de convulsions, mais seulement un peu de raideur des bras. On la conduit à la Charité, où une trachéotomie d'urgence est pratiquée. La crise avait duré deux heures. La canule reste en place une semaine; ablation sans difficulté.

Peu après, la malade eut une pneumonie puis de la furonculose; une nouvelle période de calme dure jusqu'en 1921.

Le 12 mars 1921, la malade fait une chute de train sur le sol, mais n'en garde qu'une légère contusion; il était deux heures de l'après-midi. Dans la nuit du lendemain, trente-six heures après l'accident, apparait une crise dyspnéique semblable aux précédentes. Gêne respiratoire, angoisse, suffocation sans toux ni perte de connaissance, aggravation progressive. Elle est conduite à la Charité. Le traitement d'urgence fut alors une injection de morphine; enveloppements chauds du cou, inhalations calmantes. Pendant deux jours, la malade reste dyspnéique puis revient à la normale.

L'examen montre un sujet de taille moyenne, bien constitué, facies calme, pas d'agitation; la respiration n'est ni bruyante ni gênée, la voix est normale. Au cou, une trace de trachéotomie basse. La mobilité du cou et de la tête est parfaite.

L'examen endoscopique du larynx montre l'absence de toute lésion anatomique; aucune modification de forme ni de couleur des cordes et de toute la muqueuse; pas d'ulcération ni d'infiltration; aucune tumeur glottique ou sous-glottique. Par contre, le fonctionnement des cordes présente une incohérence marquée : les cordes, assez rapprochées, sont comme fixées par un spasme en position intermédiaire; elles restent immobiles pendant toutes les phases de l'acte respiratoire, mais, à certains moments, elles font des mouvements brusques, saccadés, qui ne correspondent pas à la période respiratoire

en cours. Il est difficile d'obtenir un rythme régulier et normal.

En demandant une inspiration forte, on obtient d'abord une fermeture absolue de la glotte, phénomène de mobilité inverse, la glotte s'ouvrant dans l'expiration.

Ce n'est que peu à peu, en dictant le rythme, que l'on peut arriver à la régularité des mouvements d'adduction et d'abduction, et l'amplitude normale maxima de la dilatation.

Les mêmes difficultés se retrouvent aux essais de phonation : on a d'abord un rapprochement, puis un accolement incomplet des cordes. Mais, avec de la patience, on arrive à rendre la malade maîtresse des mouvements de ses cordes et à se convaincre de l'absence de toute paralysie et de l'intégrité fonctionnelle, gênée seulement par un état spastique.

L'examen du nez, du cavum, montre l'absence de rhinite, de suppuration, de queue de corne, de végétations adénoïdes; pas de rhinite hypertrophique. Pas de lésions du cou, du thorax, sauf adénopathie trachéo-bronchique légère. Poumons, cœur sains.

Quant au système nerveux, on y trouve des réflexes ostéotendineux et cutanés normaux, réflexes pupillaires non modifiés. Sensibilité cutanée et muqueuse (voile, pharynx, pilier) sont bien conservés. Bordet-Wassermann négatif.

OBSERVATION VII

Personnelle. Prise à la Clinique de Saint-Raphaël.

M. Roger B..., âgé de trente et un ans, tonnelier, habitant Libourne, vient consulter le 30 avril 1924 parce que, depuis quatre ans, il a une sensation d'oppression au niveau du larynx, survenue subitement après un repas au cours duquel il aurait avalé une croûte de pain dur.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que son père est mort de la poitrine, mais était très nerveux; sa mère, encore vivante, est aussi très nerveuse. Personnellement, le malade a eu la rougeole dans l'enfance; a fait la guerre dans la marine, n'a pas été blessé; a été aux colonies, n'a pas eu les fièvres;

en 1917, a eu les oreillons, à Brest. Marié, père de deux enfants en parfaite santé.

Nie la spécificité; a cessé depuis dix mois toute consommation de tabac et café, qu'il a employés à profusion autrefois. Alcoolisme léger.

A l'examen, la première chose qui frappe est la bonne santé apparente du malade et sa loquacité sur son mal, ainsi que les termes qu'il emploie.

« J'ai constamment l'impression qu'une main mystérieuse et invisible me prend à la gorge et m'empêche de respirer. » — « Quand je mange, cela passe, mais dès que je travaille cela reprend. »

Le malade a constamment envie d'avaler et se plaint de saliver énormément; il se rend compte qu'il parle beaucoup, que cela le fatigue, mais ne peut pas se maîtriser.

A l'examen spécial, le malade présente une violente hyperesthésie; il suffit de lui faire ouvrir la bouche en lui demandant de tirer la langue, immédiatement ce mouvement provoque des réflexes et nausées; de même, avec l'abaisse-langue qu'il est impossible de tenir immobile, tant le malade fait remuer sa langue.

Devant l'impossibilité de pratiquer ainsi un examen laryngoscopique, nous cocaïnisons par badigeonnage son oro-pharynx; presque immédiatement, le malade est pris d'une crise de contraction exagérée avec sensation d'étouffement angoissant. Le malade larmoie même abondamment. Nous lui recommandons de respirer profondément par le nez, et ces signes disparaissent aussitôt.

Base de la langue normale, sinus piriformes également.

Le larynx est absolument normal comme couleur, aspect et motricité : les cordes se rejoignent très bien en phonation qui est normale.

L'examen rhinoscopique antérieur et postérieur ne montre absolument rien d'anormal.

Examen nerveux général.

Réflexes oculaires à la lumière et accommodation normaux.

Hypoesthésie légère du globe oculaire.

Pas de zones d'anesthésie, d'hyperesthésie ou d'hypoesthésie, ni à la piqure, ni au chaud et froid.

Pas de Romberg.

Réflexes normaux des membres supérieurs et inférieurs.

Tonus musculaire conservé.

Examen des autres appareils.

L'auscultation ne révèle rien ni aux poumons, ni au cœur.

Souffre un peu de brûlures à la miction lorsqu'il est très fatigué; l'analyse des urines est absolument normale.

Le malade a bon appétit, mais dort très mal surtout dans les périodes de fatigue, il est obligé de recourir aux opiacés.

Au cours de l'interrogatoire, il nous confie que jusqu'à son mariage il a été d'une grande sagesse génésique par peur « des maladies de femme », mais que depuis son mariage il est porté à de grands excès vénériens.

Nous revoyons le malade dix jours après, il ne ressent plus de gêne depuis que nous avons pratiqué le badigeonnage cocaïné, et espère bien être guéri définitivement.

Nous continuons à le persuader qu'il avait très peu de chose et que ce que nous avons fait a agi, et détruit ce qu'il avait.

Depuis, nous n'avons plus revu ce malade.

OBSERVATION VIII

Personnelle, prise à la Clinique Saint-Raphaël.

Monsieur H. V..., trente-trois ans, agent de police, se présente en octobre 1922 à la consultation d'O.-R.-L., service du Professeur Moure, pour hydroporrhée nasale abondante depuis un mois et accompagné de gêne respiratoire.

Dans ses antécédents familiaux, nous relevons que le père a eu des accidents spécifiques dans la gorge et le nez. La mère est très nerveuse et a souvent des troubles de la gorge et du

larynx (extinction de voix fréquente après émotion, disparaissant une heure environ après).

Personnellement le malade a eu des angines dans son enfance, ayant nécessité l'amygdalotomie à l'âge de treize ans. Il a participé à toute la guerre sans blessures, a été évacué de Salonique pour paludisme. Il y a un an, il a eu une congestion pulmonaire; à cette occasion, un médecin aurait prononcé le mot de « tachycardie ». Le malade inquiet, s'est mis à faire des recherches sur la signification de ce mot et nous parle de « troubles phénomoteurs du plexus cardiaque » et « d'accélération due à une lésion du pneumogastrique » qu'il s'est appliqué à lui-même persuadé d'être très malade.

Alcoolisme par « occasions de service fréquentes ». Spécificité personnelle niée.

Histoire de la maladie.

En octobre 1922, se plaint d'hyrorrhée nasale abondante depuis un mois et gêne respiratoire. L'examen révèle des fosses nasales normales, très légèrement hyperémisées : par sécurité, on pratique un toucher naso-pharyngien qui ne révèle rien et une diaphanoscopie; les deux sinus s'éclairent bien, le malade ne présente d'ailleurs aucun signe faisant penser à une sinusite.

On le soumet à cette époque au traitement habituel ordonné en pareil cas, i. e. pommade nasale et fumigations. Tout rentre dans l'ordre en l'espace de quelques jours.

Il revient en février 1923, car il a de la gêne pour « avaler à vide ». L'examen de sa gorge révèle la présence de grains blancs mycosiques sur les amygdales palatines et linguales. Examen confirmé au laboratoire. On prescrit un gargarisme iodo-ioduré et l'on fait l'erradication des amygdales.

Comme ce mycosis seul n'expliquait pas la gêne de déglutition *a vacuo*, on fait faire un examen radioscopique, auquel nous avons l'occasion d'assister dans le service M. le Professeur Bergonié. Le résultat est le suivant : Pas de signes radioscopique de rétrécissement ou des lésions organiques de l'œsophage. Perméabilité bonne. Poumons normaux. Cœur et vais-

seaux très normaux. Pas de masses ganglionnaires décelables, ni en face, ni en oblique.

Le malade guérit de son mycosis en l'espace d'un mois.

Il reparait à la consultation le 3 mars 1924, se plaignant de douleurs de l'amygdale droite, atteinte de folliculite très légère.

Au cours de l'examen, on s'aperçoit que le malade a de l'hypoesthésie pharyngée très nette, mais notre attention ne se porte pas particulièrement sur ce point : on lui fait un badigeonnage amygdalien avec une solution de chlorure de zinc au trentième.

Le 10 mai, nous revoyons le malade à la consultation, mais cette fois-ci, en l'interrogeant, il nous dit qu'il est pris de sensations d'étouffement depuis quinze jours, après un fort rhume. « J'entends du bruit dans mon arrière-gorge, lorsque passe l'air d'expiration, ce sont des peaux qui se replient en expirant l'air, et frottant ma gorge m'obligent à tousser. Cependant, quand je mange, je ne sens plus rien. »

En effet, depuis la même époque, le malade est pris tous les deux jours à heure fixe, de 10 heures à 11 heures du soir ou de 5 heures à 7 heures du matin, de quintes de toux violentes durant une demi-heure sans arrêt. Cela se produit s'il est allongé; il n'a qu'à se lever, les quintes cessent immédiatement.

Il ne lui reste que deux mots dans la bouche, « le bruit » et « des peaux », véritable obsession; il est allé consulter beaucoup de médecins, a lu « tous les livres » et est persuadé d'avoir une affection très grave.

A l'examen spécial.

Fosses nasales et oreilles normales. Bouche et dents en bon état, aspect normal du voile et du pharynx; un abaisse-langue ne révèle aucun réflexe à la titillation de la luette des piliers ou de la base de la langue. Le malade se met les doigts dans la gorge sans réussir à se faire vomir.

L'oro-pharynx est large, les amygdales sont atrophiées; la rhinoscopie postérieure ne révèle pas de végétations adénoï-

des, pas plus que le toucher. L'examen laryngoscopique montre un larynx parfaitement normal de couleur et motricité en phonation et respiration. Epiglote normale. Cependant, un stylet de Kilian promené sur l'épiglotte, les sinus piriformes et même le vestibule laryngé, n'amène aucun réflexe.

Examen général.

Aspect figé, yeux très fixes. Bonne santé apparente.

Pas d'anesthésie de la cornée : légère hypermétropie de l'œil droit.

Pas de troubles de l'accommodation à la lumière, ni à la vision éloignée.

Pupilles égales et normales.

Pas de Romberg.

Réflexes normaux aux membres supérieurs et inférieurs.

La sensibilité à la piqure, au chaud, au froid est absolument normale.

L'auscultation pulmonaire ne montre rien, pas plus que celle du cœur. Pouls 80, la pression au Pachon donne une maxima de 16, une minima de 7 $\frac{1}{2}$ avec un indice oscillométrique de 4 $\frac{1}{2}$ avec pression efficace à 11.

Il ne souffre pas des reins, urines normales à l'analyse.

Une réaction de Bordet-Wassermann est négative.

On prescrit à ce malade une solution de bromure et du valérienate d'ammoniaque, tout en influençant sur son psychisme par des paroles rassurantes.

OBSERVATION IX

Personnelle, Clinique Saint-Raphaël.

Monsieur J. A..., âgé de quarante-six ans, wattmann des T. E. O. B., vient en novembre 1923 consulter à la Clinique, parce que depuis près d'un an, il souffre de la « gorge », qu'il a des bourdonnements d'oreilles et des « lancées » revenant

tous les trois ou quatre jours. Les symptômes se sont installés sans cause, les bourdonnements ont peu à peu disparu complètement, mais la gorge lui fait mal par moments et ces derniers signes ne font que s'accroître.

Antécédents personnels.

Pas d'affections dans son enfance. Une orchite blennorragique. Mobilisé pendant toute la guerre, n'a pas été malade, ni blessé, ni commotionné. Il y a trois ans, il a été commotionné très violemment dans un accident de tramway à Beychac : a été blessé au sourcil gauche où l'on voit une cicatrice; le malade serait resté quelques heures après cet accident sans pouvoir parler. Pas d'alcoolisme. Fumeur autrefois, a cessé depuis deux ans de fumer. Nie la spécificité.

Antécédents héréditaires.

Père mort de coliques (?) à 68 ans. Mère morte de congestion cérébrale à 63 ans, n'a pas fait de fausses couches. Deux frères : un mort à la guerre, l'autre en très bonne santé.

Histoire de la maladie.

Il y a un an, sans cause, le malade a ressenti une gêne dans la « gorge » qu'il situe avec son doigt au niveau du cartilage thyroïde, et quelques bourdonnements d'oreilles, qui ont disparu d'ailleurs, alors que du côté larynx les phénomènes n'ont fait que s'accroître.

Le malade est très loquace et dit que son affection a empiré, du fait d'une conversation dont il rapporte les propos.

« Pendant son service de tramway, il s'est trouvé sur la même voiture qu'une receveuse, dont le mari avait été opéré d'urgence à l'Hôpital du Tondu en 1918 pour néoplasme laryngé, alors qu'il avait traîné longtemps sous l'étiquette de paresthésique ».

Depuis ce jour, le malade ne pense qu'à cela : il est allé consulter plusieurs spécialistes, l'un d'entre eux lui a même fait lire dans un Traité que la paresthésie n'était pas un trouble grave et lui a même fait, pour le tranquilliser, des pointes de feu sur la base de la langue.

Il recherche dans tous les livres médicaux des renseignements sur la paresthésie et le cancer; nous le dissuadons de ces achats inutiles et il promet de nous écouter.

Il a l'idée fixe d'avoir un cancer, mais que pour le tranquilliser tous les médecins le lui cachent : il serait pourtant beaucoup plus heureux qu'on le lui dise franchement.

Les phénomènes qu'il ressent sont d'ailleurs très nets :

Il souffre de la région latérale gauche du cou depuis trois mois sans définir la douleur, et son premier geste est de montrer son cou du doigt. Cette douleur passe, mais apparaît aussitôt de l'autre côté, en un point symétrique, ou bien encore c'est dans la nuque ou alternativement les épaules, les hanches que se tiennent ces douleurs.

Il lui est arrivé le matin de commencer sa toilette et de ne pouvoir la terminer, une crise de douleurs durant deux ou trois heures le prenant dans les épaules.

Cette douleur, où qu'elle siège apparaît et disparaît, brusquement, sans cause; d'une extrême variabilité, tantôt le jour, tantôt la nuit, tantôt couché, tantôt debout, et dans ce dernier cas, le malade n'a qu'à changer un instant de position pour la faire disparaître.

A l'examen.

Le malade présente un aspect florissant et se sent bien, pas d'amaigrissement. Les appareils cardio-vasculaires, pulmonaires et rénaux ne présentent rien d'anormal. Appareil digestif : pas de dégoût alimentaire, appétit très bon. Bordet-Wassermann négatif. L'interrogatoire du malade dénote une attention particulière des mots techniques que l'on peut prononcer devant lui et manifeste à chaque instant une grosse inquiétude pour son larynx; il avoue se regarder souvent la

gorge dans le miroir pour « suivre l'évolution de son affection ».

L'examen nerveux général montre des réflexes normaux aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs, les réflexes rotuliens sont normaux. La sensibilité à la piqure, au chaud et froid, rien à signaler, sauf une hypoesthésie à la piqure dans les deux régions massétérinnes et hypoesthésie que nous appellerons en pèlerine, sur la nuque, région cervicale antérieure préaryngée, région claviculaire et scapulaire supérieure.

Pas de troubles mentaux.

Le malade a de la paresse de l'accommodation à distance, sans troubles du réflexe lumineux; il voit bien et un examen ophtalmoscopique ne décèle qu'une légère myopie du côté droit; le malade dit voir quelquefois des points noirs devant ses yeux, Pas d'anesthésie cornéenne; égalité pupillaire.

Au point de vue examen spécial oto-rhino-laryngologique, le malade présente une bouche et des dents en parfait état.

On trouve une anesthésie complète de la paroi postérieure du pharynx, de la luette : seule la base des deux piliers antérieurs est très légèrement sensible. Le malade avoue qu'il se met les doigts dans la bouche et la gorge sans arriver à provoquer de vomissements. Amygdales atrophiées.

Anesthésie complète du naso-pharynx; à la rhinoscopie postérieure très facile à pratiquer le cavum est large, les trompes normales, pas de végétations visibles.

Pas de troubles de sensibilité tactile des fosses nasales, pas de cacosmie, pas d'anosmie : fosses nasales libres à la rhinoscopie antérieure.

Anesthésie de la base de la langue, de l'amygdale linguale normale et de l'épiglotte. Sinus piriformes normaux.

L'examen laryngoscopique montre un vestibule normal, quant à la forme et à la couleur; les aryténoïdes sont mobiles, cordes normales en phonation et respiration. Un porte-tampon de Kilian, recouvert de ouate, est mis en contact des cordes sans amener de réflexes.

Enduit ensuite d'huile, le malade se rend cependant compte,

quoiqu'on le lui ait caché, qu'il n'a pas la même sensation qu'avec le tampon sec.

Le malade n'a jamais été muet, ni aphone, sauf quelques heures après son accident.

Ce malade est soumis à un traitement psychique comme il est coutume de faire en pareil cas. De plus, le traitement classique au valérianate et bromure a été institué chez ce malade, mais avec de faibles résultats. Nous venons de pratiquer chez lui une série de séances d'électricité faradique, pôle dorsal fixe et cervical antérieur mobile : le résultat de la première séance est le suivant : les douleurs ont été pénibles pendant trois ou quatre heures après la séance, avec sensation de « souris qui grignote le larynx », puis pendant quatre jours plus aucun symptôme et le malade revient réjoui à la nouvelle séance.

OBSERVATION X

Transmise du Service de Psychiatrie

de M. le Professeur ABADIE.

M. J. P..., soixante ans, inspecteur d'octroi, entre dans le Service de M. le Professeur Abadie en janvier 1924, car depuis dix mois il est persuadé d'avoir un cancer du larynx.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons que son père est mort de vieillesse à 80 ans, sa mère est morte à 75 ans d'une « tumeur utérine » ; une sœur est morte en bas-âge du croup, un frère est mort à 46 ans, paralysé, une autre sœur est morte à 50 ans d'un cancer d'estomac en mars 1919. Marié, a perdu sa femme d'un cancer du rectum à 50 ans ; n'a pas eu d'enfants.

Personnellement dans son enfance le malade n'a fait aucune maladie, faible de constitution, a été cependant dispensé de service : de caractère gai et toujours bien portant, n'accuse ni spécificité, ni éthylisme.

En 1900, il a eu une très courte période de dépression qui n'a pas entraîné cependant la cessation de son travail.

Histoire de la maladie.

En mars 1922, il est atteint d'un zona ophtalmique à droite. Jusque là, le malade est normal; il a perdu des membres de sa famille, mais il s'est remis de ses peines, et retraits, vit content. Il consulte donc à cette époque un oculiste de notre ville qui lui ordonne des instillations. Se plaignant de la gorge, l'oculiste l'adresse à un spécialiste O. R. L. bordelais, qui aurait trouvé, paraît-il, un bouton dans le fond de sa gorge et lui prescrivit un gargarisme qui resta sans effet.

Etant revenu voir l'oto-rhino-laryngologiste, celui-ci aurait dit : « Mon ami, ne vous étonnez pas de l'inefficacité du gargarisme, pour tout vous dire, mettez-vous dans la peau d'un malade cancéreux... Je vais vous donner encore un collutoire, s'il ne fait rien, vous pourrez jeter tous les remèdes par la fenêtre. »

Le malade trouve ces paroles bizarres, mais n'y porte guère attention, ce n'est qu'un an après qu'il se les rappelle et s'en inquiète.

Dès cette époque le malade commence à souffrir de la tête surtout la nuit, céphalée de toute la tête et de la face, qui le font gémir lamentablement, il a un peu de gêne pour avaler, trouve les aliments amers et poivrés. Grand fumeur, il cesse de fumer, car cela lui irrite la gorge.

De peur d'avoir mal en avalant, il cesse de manger et maigrit beaucoup. Vivant seul, il pense sans cesse à sa douleur et peu à peu s'installe en lui l'idée qu'il pourrait bien avoir lui aussi un cancer : il se souvient de sa mère, de sa femme, de sa sœur (qui avait eu aussi un zona), qu'il a successivement soignées et vues mourir chez lui.

A ces occasions, il avait reçu les confidences des médecins, et il lui semblait que c'étaient les mêmes qu'on lui faisait : pour lui, les médecins cachent la vérité par des sous-entendus, il se rappelle la phrase de l'oto-rhino-laryngologiste et acquiert la sûreté de son affection.

Le malade vit avec l'angoisse de son mal, qu'il ne veut confier à personne. Il va voir en 1923 un autre spécialiste qui lui montre son erreur et cherche à le convaincre sans succès.

Un membre de sa famille inquiet, le fait entrer dans une maison de santé (septembre-octobre 1923), mais il ne montre là aucun signe d'aliénation et, sur sa demande, il est exéaté.

Vivant de nouveau seul, avec une femme de ménage éthylque, celle-ci le considère comme un malade imaginaire et, tout en se moquant de lui, le laisse mourir de faim : il laisse faire et dire, car il ne veut pas révéler qu'il a un cancer. C'est à ce moment, en janvier 1924, qu'il entre dans le service de M. le Professeur Abadie.

A l'examen.

Etat général et physique bons; il dort mal, et gémit toute la nuit, car cela le grignote dans le larynx. Bon état digestif; pas de troubles circulatoires.

Il est déprimé, anxieux avec l'idée délirante de cancer du larynx, car « le docteur le lui a dit ».

Il s'exprime par de longues phrases grandiloquentes.

Son délire se base sur les dires du spécialiste oto-rhino-laryngologiste, l'insomnie, les dires de l'oculiste « ne dites pas chez nous que vous avez eu un zona, dites simplement que vous êtes fatigué ». Le malade a une conviction irréfutable de son mal, malgré un raisonnement très juste et très sain par ailleurs.

Il ne présente rien d'anormal à l'examen neurologique, tant au point de vue réflexes que sensibilité.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre 0,33 d'albumine par litre; 1,1 élément par MM2 de la cellule de Nageotte.

L'examen spécial montre des fosses nasales normales, rien dans le nasopharynx ni au toucher, ni à la rhinoscopie postérieure. Bouche normale, aucune trace de cicatrice, aucune érosion, aspect normal; hypoesthésie du pharynx, réflexes peu violents à la titillation de la luette.

L'examen du larynx montre un larynx absolument normal quant à la conformation, couleur et motricité en phonation et respiration. Sensibilité normale de l'épiglotte et du vestibule qui provoquent de violents réflexes. Extérieurement pas de ganglions, larynx normal, mobile, pas de crépitation laryngée.

Le malade a cependant toujours la sensation « qu'un animal lui grignote le larynx », tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais ne ressent plus rien dès qu'il mange. Il n'a jamais été gêné pour parler, n'a jamais présenté de crise d'aphonie ou d'extinction de voix.

Le malade reste pendant quatre mois dans le service, puis il est exéaté, un traitement au cacodylate n'ayant donné aucun résultat.

II

HISTORIQUE

Les troubles psychonévropathiques, en laryngologie, ne datent pas d'aujourd'hui et nombreux sont les travaux parus sur ce sujet sous les dénominations les plus variées : troubles hystériques, névroses, troubles psychiathiques, pshychoses, névropathies.

Les premières observations connues de ces phénomènes d'ordre nerveux sont éparses dans les ouvrages du xv^e siècle : les principaux cas sont les « aboyeuses délirantes », chez les religieuses fanatiques de Sainte-Brigitte, ainsi que les « enfants miaulants », de l'asile d'orphelins d'Amsterdam. Ces cas restent, comme des curiosités, sans susciter cependant aucun travail à leur sujet.

La première observation circonstanciée que nous puissions relever dans les annales médicales est celle de Lac de Bosredon, publiée dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, en 1857.

Puis, vient l'ère des études sérieuses sur la pathologie nerveuse :

Thaon, en 1881, fait un premier parallèle entre l'hystérie et les troubles laryngés : mais il faut attendre l'influence de l'Ecole de la Salpêtrière avec Charcot, en 1886, pour montrer l'intérêt de l'étude de ces phénomènes.

Le 12 janvier 1886, en effet, Charcot, dans une magistrale leçon clinique, cite deux observations personnelles : il met à cette occasion, en relief la symptomatologie et insiste auprès de son assistance sur la manière d'interpréter et de dépister de tels malades, devant lesquels le médecin est resté trop longtemps ignorant et sans armes.

En juin 1886, il publie de nouveaux faits tout en donnant une étude clinique très claire des signes observés.

L'ère des études est ouverte, et, dès cet instant, de partout arrivent des travaux : en 1887, son élève, Cartaz, en publie des observations. A l'étranger, apparaissent des adeptes et défenseurs des idées de l'école française, en Allemagne avec Olt Adolph, en Italie avec Amadéi, Frattini, Massucci.

La même année, Lichtwitz, en fait une étude très détaillée dans sa thèse de Bordeaux, puis ce sont Proust et Tisier, Priolet (thèse de Paris).

En 1890, M. le Professeur Moure, insiste dans ses leçons cliniques des maladies du larynx, sur l'importance des troubles nerveux.

L'année 1898 est marquée par un travail important de Luc, traitant des névropathies laryngées : l'auteur fait une description détaillée des troubles de la sensibilité, de la phonétique ainsi que des troubles fonctionnels psychiques.

Des travaux de complément sont publiés chaque année suivant les progrès des sciences neurologiques et de la clinique : chaque jour a vu s'éclairer la symptomatologie, la pathogénie, et l'étiologie de ces troubles. Comme travaux importants, citons ceux de Botey, Sorel (1900), Courtade (1903), Morisset et Mouriquaud (1904), Fournié (1905), Jourdin (1906), Gault (1914).

La guerre, par la grande fréquence des circonstances prédisposantes aux phénomènes nerveux, et vu le grand champ d'expérimentation, a suscité de nouveaux travaux : Liébault et Coissard (1917), Hurst et Wilson Gill (1919),

Mackenzie (1921), Baldenweck et Barré (1922), Mouret et Cazejust (1922).

Dans ce dernier ouvrage apparaît pour la première fois le mot « psychonévropathique », que nous essayons de faire admettre aujourd'hui.

En 1924, Coissard publie un travail et enfin Spalaikovitch (thèse de Bordeaux) sur les « troubles psychonévropathiques en otologie », publie une observation relatant des troubles laryngés chez un psychonévropathe auriculaire.

III

ETIOLOGIE

Quelle peut bien être la source de ces troubles dont nous venons de voir le polymorphisme dans les observations précédentes ?

Si nous les passons en revue, nous voyons qu'à leur base se trouve souvent une tare nerveuse, soit héréditaire, soit personnelle ou acquise.

Il est indéniable que nous avons affaire à une catégorie de malades dont le système nerveux, particulièrement sensible et excitable, n'attend que la première occasion pour se manifester.

En fouillant l'hérédité du malade, on s'aperçoit de suite que quelque membre de sa famille a déjà présenté des troubles nerveux, quelquefois d'un genre identique (obs. 5, 7, 8) ou encore totalement différent.

C'est souvent cette hérédité familiale qui se manifeste chez de semblables malades, et les psychoses laryngées ne sont pas exemptes de la loi commune.

Nous pouvons aussi affirmer que si les intoxications ne paraissent pas être constantes, elles sont certainement favorables à l'éclosion des phénomènes que nous avons décrits; plusieurs de nos malades (obs. IX, 10) étaient de grands fumeurs, quelques-uns ont avoué l'éthylisme (obs. VIII).

Pusateri relate un œdème laryngé *sine materic*, chez une femme enceinte nerveuse, mais toutefois il est bon de ne pas oublier que la sphère génitale peut-être à la base de troubles nerveux, et en cela surtout, ne pas oublier la genèse du terme « hystérie ».

Dans notre observation N° IV, nous voyons que notre malade présente des signes nerveux associés à des troubles génitaux.

Nous n'avons pas à insister sur cette question, trop bien connue de tous, et que les écoles modernes ont ramenée à sa juste valeur.

La spécificité a-t-elle un rôle dans ces troubles psychonévropathiques ? Chez un de nos malades (obs. VIII) la réaction de Bordet-Wassermann est négative, alors qu'il assume une hérédité chargée; les autres ont une réaction négative, sauf un qui présente une réaction nettement positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer à ce sujet; il ne serait pas étonnant cependant qu'elle préparât le terrain névropathique.

L'âge le plus propre à ces manifestations semble être l'âge adulte. La plupart des malades que nous avons examinés vont de 20 à 45 ans. Nous n'avons qu'un cas d'un homme âgé de 60 ans (obs. 10) qui semble n'avoir présenté des troubles psychonévropathiques laryngés que depuis peu.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer chez l'enfant. Cependant, Gordon cite un enfant de 13 ans. L'enfant plus jeune encore n'est pourtant pas indemne de ces manifestations; il n'est pas rare, en effet, chez les jeunes canulars de noter des spasmes au moment de l'ablation de la canule. Nous n'avons certes pas affaire à des spasmes organiques ou réflexes, car, ainsi que le signalent Leroux et Bouchet, certains enfants guérissent par suggestion; il suffit

de leur faire croire à la présence de la canule en placé, pour que tout spasme disparaisse.

Beaucoup de traités de pathologie nerveuse insistent sur l'influence du sexe, et laissent au sexe féminin l'apanage de ces troubles psychonévropathiques; nous n'avons relevé que peu de troubles laryngés de cet ordre chez la femme, alors que le sexe masculin nous fournit un contingent important.

Nous ne prétendons pas par là que le sexe masculin l'emporte, mais d'accord avec les idées du professeur Pitres, nous pouvons dire que l'homme y est aussi sujet que la femme.

Mais à côté de ces causes prédisposantes, la plupart de ces malades font remonter le début de leur affection à un fait « émotif ». D'ailleurs n'est-il pas en concordance directe avec la locution populaire « rester muet d'étonnement ».

Ces sujets prédisposés, de par l'hyperexcitabilité de leur système nerveux, comme nous l'avons vu plus haut, sont très sensibles au moindre choc provocateur : dès que l'émotion-choc se produit des phénomènes d'ordre nerveux apparaissent en n'importe quelle partie du corps, avec ou sans localisation de prédilection sur certains organes, tels le larynx en l'occurrence.

Certaines époques sont indéniablement plus propices au développement des syndromes nerveux; la guerre moderne, par la succession d'émotions de tous les instants, a produit un nombre considérable d'observations. La fatigue, le changement complet de vie, les circonstances ont certainement une grosse influence sur les troubles relatés dans les observations N^{os} II et III.

Nous avons eu la curiosité de passer en revue toutes les observations relevant de la spécialité oto-rhino-laryngologique, prises au Centre Oto-Rhino-Laryngologique militaire de Bordeaux, sous la direction de M. le professeur Moure;

et ainsi nous trouvons, sur 25.215 malades, 375 d'entre eux ayant présenté des troubles psychonévropathiques laryngés purs, soit une proportion de 1,42 p. 100.

Il n'est pas qu'en temps de guerre où de pareils chocs nerveux, ébranlent l'organisme, déclenchent des troubles nerveux de cet ordre; témoin notre malade (obs.IX) qui a vécu toute la guerre sans présenter aucun phénomène morbide et qui, à la suite d'un accident, est atteint d'aphonie fugace, puis de troubles paresthésiques tenaces.

A côté de ces cas que nous classons volontiers dans la catégorie des névropathiques, il en est d'autres d'ordre psychique pur.

A notre époque de grand progrès, il n'est pas douteux que l'on en observe un nombre croissant de cas.

La lutte médicale contre les néoplasies, la tuberculose et la syphilis occupe ainsi une grande place dans l'esprit public; beaucoup de malades, malheureusement, se laissent influencer par des conversations ou des lectures dont ils ont l'occasion d'être témoins et cela suffit.

Du jour au lendemain, s'établit en eux l'idée fixe d'avoir une de ces affections, grave et incurable, surtout honteuse et méprisable, du larynx, comme dans les observations n° IX et n° X; d'abord sous le joug de l'hétéro-suggestion, ils finissent par s'auto-suggestionner, et le mal ne fait que s'accroître à leurs dépens, car, persuadés d'un mal inexistant, ils deviennent hypocondriaques, phobiques et leur état général s'en ressent.

Il y a souvent auto-suggestion surajoutée à une lésion légère; combien de fois un catarrhe léger retrouvé dans les anamnestiques peut servir d'occasion à une aphonie absolue. Le psychonévropathe, calculant les conséquences possibles, laisse travailler son esprit et se suggère à lui-même son aphonie. D'ailleurs, comme nous l'avons vu plus haut, il n'est pas du tout nécessaire qu'il y ait catarrhe pour que l'aphonie psychonévropathique se produise par parésie

du muscle ary-aryténoïdien sans lésion organique de celui-ci.

Comme dans tous les symptômes psychonévropathiques, les agents provocateurs sont aussi nombreux que variés; nous croyons intéressant de rappeler l'influence de la fatigue vocale chez les sujets nerveux. C'est ainsi que nous voyons apparaître chez les professionnels du chant ou de la parole de véritables crises nerveuses laryngées sous forme de crampe de leurs cordes vocales.

Nous devons signaler comme causes occasionnelles les traumatismes sans complications et les pseudo-traumatismes. Combien de malades viennent en effet nous consulter parce qu'en mangeant de la viande ou du poisson, un os ou une arête est venue, disent-ils, se fixer dans la gorge et le larynx (obs. VIII).

Quelquefois l'objet du délit est enlevé, les troubles persistent et se transforment en paresthésies, ou bien encore ce qui est le plus fréquent, c'est la sensation de boule, de « corps étranger, fantôme du larynx » qui s'installe subitement, en *primum movens*.

A côté de tout cela, il est des troubles psychonévropathiques qui s'installent, sans cause directe apparente, tels ceux relatés dans l'observation de Labougie, que nous avons rapportée; où le malade présente du mutisme avec astasie-abasie après un coup de soleil.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

Des observations que nous avons relatées voyons quels faits pratiques nous pouvons tirer ? L'une après l'autre nous allons les passer en revue et en extraire la symptomatologie des troubles laryngés d'ordre psychonévropathiques.

Nous ébauchons une classification pour la plus grande clarté de l'exposé, et éliminerons ainsi, de suite, les manifestations laryngées d'ordre organique pur chez des sujets à tare psychonévropathique.

D'ailleurs, dans nos observations, nous nous sommes cantonnés au syndrome laryngé psychonévropathique pur. Nos malades sont des psychonévropathes, dont les manifestations nerveuses ne se révèlent que sur le larynx, qui est parfaitement normal et ne présente aucune altération organique. La hiérarchie symptomatique est telle chez ces malades qu'ils viennent consulter d'abord le médecin spécialiste avant le médecin général.

Les troubles laryngés que présentent de tels malades sont d'une variété très grande; en scrutant les observations et les comparant, on s'aperçoit que l'on a affaire à deux groupes bien distincts.

Chez les uns, nous observons une diminution ou dispari-

tion complète du fonctionnement laryngé, alors que chez les autres nous ne trouvons qu'un fonctionnement exagéré du larynx avec des phénomènes surajoutés.

Envisageant le larynx dans son entier, nous étudierons donc d'abord les troubles de la motricité laryngée qui se présentent à nous sous une forme de déficiences motrices : les hypokinésies, ou d'exagération motrices; les hyperkinésies, puis les troubles de la sensibilité muqueuse laryngée, qui vont depuis l'anesthésie, en passant par l'hypoesthésie et la paresthésie, jusqu'à l'hyperesthésie.

Enfin nous esquissons la question pithiatique, comme nos deux dernières observations nous en donnent des exemples.

A) **Troubles de la motricité laryngée d'ordre psycho-névropathique.**

Un individu sain et normal utilise son larynx à deux fins bien distinctes. La première est un acte passif constant de la vie de relation : l'acte respiratoire, décomposé en deux temps, inspiration et expiration; la seconde est un acte actif, exploitant le deuxième temps respiratoire : c'est la phonation.

Hypokinésies.

Quels sont donc les troubles moteurs laryngés que présentent nos malades ? d'abord il y a disparition ou seulement diminution du fonctionnement actif du larynx; le signe fonctionnel présenté par le malade est le trouble phonétique.

Nous voyons, en effet, les malades aussitôt après une vive émotion (obs. III, IX), ne pouvant absolument plus prononcer un mot. Le malade entend les questions posées, les comprend, voudrait bien répondre, mais ne le peut pas. Pourtant ses lèvres prennent la position phonétique voulue, et aucun son n'est émis.

Avons-nous affaire à un aphasique ? L'aphasique ne peut prononcer aucun mot, ni émettre aucun son articulé, et il est, de plus, souvent agraphique, car il est incapable d'écrire un mot. Or, nous ne trouvons rien de semblable chez nos malades, au contraire.

Charcot d'ailleurs, insiste sur ce fait qu'il considère comme capital au diagnostic différentiel : nos malades (obs. I, II), ne peuvent émettre aucun son, mais ayant besoin de rester en liaison avec le monde extérieur, la réponse verbale est remplacée par la réponse graphique.

L'aphasique moteur pur sera cependant difficile à distinguer du psychonévropathe muet, par l'absence d'agraphie.

Le psychonévropathe est tellement convaincu de son impuissance à articuler, qu'il s'empresse d'écrire ses idées, ou se plaît à se faire comprendre par une mimique très perfectionnée.

Nous avons bien affaire à des muets psychonévropathes. Ce mutisme ou apsithyrie (Koch), ne peut être confondu avec l'aphonie.

L'aphone a de l'abolition du fonctionnement de ses cordes vocales seulement, alors que les lèvres, les joues, la langue, le voile du palais, en un mot tous les résonateurs agissent normalement. Dans l'aphonie la production des voyelles seule est abolie; le malade sait parler à voix basse, il sait chuchoter, tandis que le muet psychonévropathe ne peut émettre absolument aucun son.

Ainsi que nous venons de le voir, à un degré moindre, nous avons le psychonévropathe aphone, qui parle, mais continuellement à voix basse, et dont la tonalité vocale ne peut s'élever quel que soit l'effort fait.

Proches voisins de cette aphonie, il est fréquent de rencontrer des malades parlant à voix basse et émettant des sons plus graves par instants (obs. IV) : c'est le type du dysphonique.

Dans un ordre d'idée semblables, nous classons les malades atteints d'aphonie complète, brusquement, et pour une durée variable, après ou au cours d'un gros effort vocal : c'est l'orateur ou le chanteur pris d'une crampe en tous points assimilable à la crampe de l'écrivain : c'est de la mogiphonie.

Il est très probable que ces accidents ont une origine corticale, rendant l'émission des sons vocaux volontairement impossible, car ceux-ci réapparaissent dans les mouvements involontaires, tels les cris de frayeur, de douleur, la toux, l'éternuement. Gerhardts cite même deux malades; l'un retrouve sa voix pour chanter, puis dès qu'on lui demande de déclamer, cet acte s'effectue à voix basse; l'autre, aphone à l'état de veille, rêve à haute voix.

D'ailleurs, sans aller plus loin les malades nerveux du genre hypocondriaque ou phobique, comme les nôtres, présentent une loquacité grandiloquante tout à fait anormale et bien d'ordre psychique.

Nous devons signaler un phénomène très fréquent et digne d'intérêt, qui apparaît quasi constamment au cours de l'évolution de la mutité, vers la guérison ou qui se montre encore indépendamment de toute mutité, en symptôme psychonévropathique autonome, nous voulons parler du bégaiement. Il semble que nous avons affaire à une névrose apparentée aux tics (Obs. II), due à un spasme du diaphragme et de la glotte, ainsi qu'ont pu l'établir Liébault et Coissard par l'examen minutieux laryngologique et radioscopique, chez soixante-dix bégues.

L'examen laryngologique a montré que les spasmes de la glotte, des lèvres, de la langue étaient synchrones et réflexes du diaphragme.

Dans le bégaiement, dit d'arrêt, par fixation du diaphragme, dès que celui-ci commence à se tétaniser, les cordes se contractent, formant clapet, empêchant la sortie de l'air et des sons.

Dans le bégaiement, dit de répétition, elles s'animent à l'émission, avec le diaphragme, de mouvements convulsifs avec crampes de la langue et des lèvres sous forme de tics.

Quels sont les signes physiques que présentent les malades atteints de troubles phonétiques comme ceux dont nous venons de parler ?

Dans les cas de mutité, l'examen laryngoscopique est négatif, les cordes occupent toutes les positions entre la phonation et l'inspiration profonde; l'abduction n'est pas entravée, il y a des vibrations des cordes vocales. Chez les aphones psychonévropathiques (obs. IV), non aphasiques, les uns, et ce sont les plus rares, ont perdu le mouvement d'adduction, les autres peuvent amener leurs cordes en position médiane, phonatrice, et cependant l'émission d'un son est impossible.

Dans ce dernier cas, l'aphonie peut résulter de l'insuffisance de tension des rubans vocaux ou bien encore d'un état spasmodique, qui a été décrit sans lésion (aphonie plastique).

Dans un certain nombre de cas, et peut-être plus fréquemment qu'on ne l'admet, il y a une véritable paralysie ary aryténoïdienne. La plupart du temps, l'examen laryngoscopique révèle des cordes vocales ne se rapprochant que dans les deux tiers antérieurs (obs. VI); il existe un orifice béant, relativement large à la partie postérieure. Les bandes ventriculaires sont accrues de volume, voilent les rubans vocaux et ont tendance à les suppléer.

Cette paralysie de la totalité des adducteurs est toujours bilatérale; elle est exceptionnellement unilatérale; plus fréquemment elle est plus accentuée d'un côté que de l'autre. Ces signes sont loin d'être constants d'un instant à l'autre chez le même sujet; ils sont d'une mobilité, d'une variabilité extrêmes; et tous les auteurs, surtout Gerhardt, insistent sur cette mobilité des signes physiques.

La cause de ces signes physiques a été longuement discu-

tée : deux facteurs sont en présence : l'inflammation et la tare névropathique; chacun d'eux a trouvé des défenseurs acharnés.

La paralysie, ou mieux, la parésie des ary aryténoïdiens a été longtemps considérée comme application intégrale de la loi de Stoke, pour beaucoup d'auteurs; c'est une parésie des muscles sous-jacents à une surface enflammée et comme la signature d'un catharre plus ou moins récent.

Les malades que nous avons observés, n'ont jamais présenté de troubles laryngés catarrhaux, aussi nous rallions-nous à l'autre école, celle de Semon, Morell-Makensie, Von Ziemann, Cohen, Gerhardt, Lermoyez qui sont unanimes à admettre l'influence prédisposante, sinon exclusive de l'élément psychonévropathique.

Hyperkinésies.

Nous avons envisagé jusqu'à présent que les symptômes relevant d'un trouble expiratoire actif et par conséquent phonatoire. Mais il existe des troubles d'un aspect clinique totalement différent: ce sont des troubles respiratoires purs, inspiratoires ou expiratoires, accompagnés parfois de phénomènes phonétiques surajoutés.

Le cas relaté par Leroux et Bouchet est typique; l'observation de Courtade est aussi dans le même ordre d'idées: nous avons affaire à un spasme psychonévropathique, sans lésions décelables. Brokaert, dans son traité dit ne l'avoir jamais rencontré que chez les hystériques ou les neurasthéniques.

Les observations de ce genre ne sont pas exceptionnelles chez l'adulte; l'enfant y est beaucoup plus sujet, ainsi les canulars, à l'ablation de la canule. Sans cause autre que le facteur nerveux, émotion ou phobie, le petit malade asphyxie. L'assurance qu'on lui donne de ne pas avoir enlevé la canule, fait disparaître tous ces signes: c'est le spasme glottique infantile essentiel. Brunnings l'appelle à

juste titre le spasme « de la coordination hystérique » : normalement les cordes s'écartent à l'inspiration pour laisser passer l'air, ici il y a perversion, le rythme est inversé et les cordes se serrent pendant l'inspiration.

Notre observation n° VI, rentre dans le cadre du spasme respiratoire : il y a arrêt brusque de la respiration, angoisse, cyanose, puis le malade a une inspiration longue, sifflante ne calmant qu'imparfaitement la soif d'air qu'il a. Cette crise est de durée variable jusqu'à ce que le larynx reprenne son fonctionnement normal.

Dans l'observation n° VI, nous avons affaire à un spasme glottique chez l'adulte absolument superposable à celui relevé d'ordinaire chez l'enfant dont nous avons parlé plus haut. Le malade a la sensation de strangulation, avec quintes de toux, sine materia. Devant la gêne gravative éprouvée, le malade porte ses mains à son cou, il a parfois des crises convulsives du tronc et des membres; il est en apnée, se cyanose progressivement, tellement qu'on est obligé très souvent de recourir à une trachéotomie d'urgence. Les malades présentant de tels signes sont sujets à des récurrences fréquentes, à la moindre émotion.

Nous avons cru bon de joindre à la description de ces spasmes, le cas de Courtade. Dans toute la littérature nous n'en avons relevé que deux cas semblables (Griffith). Il est en effet très rare de voir un spasme psychonévropathique venir se greffer sur un œdème laryngé de même nature. O, ces cas d'œdèmes laryngés paraissent relever du pithiatisme étant donné leur évolution, quoique les théories modernes tendent à considérer, à juste raison d'ailleurs, ces œdèmes comme organiques, et la science médicale est encore impuissante à en dépister la cause.

A côté de ces spasmes, que nous qualifierons de purs, et dont nous venons d'avoir un aperçu, il y a le spasme phonétique inspiratoire. Il se manifeste sous l'apparence du hoquet ou du sanglot. Assimilable au bégaiement car il est

dû à une contraction brusque du diaphragme correspondant à la période d'adduction phonatoire des cordes vocales. Les bruits les plus variés peuvent être produits, c'est ainsi que l'on relate des cas d'aboiement (aboyeuses de Sainte-Brigitte), de miaulement (enfants miaulants d'Amsterdam), le chant du coq (Lac de Bosredon). Il existe aussi un spasme phonétique respiratoire et nous appuyant sur la physiologie, nous aurons la toux psychonévropathique sine materia; sans violence ni asphyxie, le malade est pris d'une ou deux secousses régulières chaque fois qu'il inspire de l'air. Ce phénomène disparaît pendant le sommeil (obs. VIII), pour reprendre de plus belle au réveil et disparaître rapidement ensuite.

Roc, de Rochester, a pu examiner un larynx pendant une période de crise; il a pu voir ainsi les cordes vocales s'animer de brusques frémissements sans cesse croissant d'intensité, pour atteindre leur maximum au début de la crise.

B) Troubles de la sensibilité laryngée d'ordre psycho-névropathique.

Beaucoup de malades ne présentent que des troubles laryngés sensoriels. Que de fois, en effet, vient-on consulter le spécialiste pour corps étrangers de l'arrière gorge et du larynx. L'examen révèle un larynx normal, négatif au point de vue traumatisme ou corps étranger; mais, si nous faisons un examen minutieux, il nous révèle la plupart du temps des troubles psychonévropathiques.

Nous adopterons comme plan d'études de ces troubles de la sensibilité laryngée, le plan clinique qui nous a été suggéré par l'observation.

Les malades viennent se plaindre d'une sensation anormale, et presque toujours dans les mêmes termes (obs. n° VII).

Au cours d'un repas, un bol alimentaire un peu gros les a gênés, ou bien une croûte pain un peu dure; et les voilà pour longtemps avec la sensation d'une croûte, d'une peau, d'un cheveu, d'une arrête de poisson, d'un os de poulet dans le larynx. D'autres malades ont la sensation d'une boule, qui va et vient de leur bouche à leur cartilage thyroïde. Chaque objet suivant l'idée que s'en fait le malade suscite une sensation différente; brûlure, chatouillement, picotement. L'impression est absolument comparable à la sensation que l'on a après un badigeonnage du larynx à la cocaïne.

A côté de ces troubles dus à des « corps étrangers fantômes », certains malades hypocondriaques, syphiliphobes ou cancerophobes (obs. n^{os} IX, X), éprouvent les sensations les plus bizarres : picotements, chatouillements et un signe que nous ne retrouvons pas chez les précédents : la sensation de grignottement, qui semble être en rapport avec l'idée phobique du malade en une affection destructive rongearite. Dans la littérature médicale, nous avons relevé que « les laryngologistes du temps de Frédéric II, avaient eu l'occasion de rassurer de malheureux névropathes terrorisés par la sensation d'une tumeur cancéreuse, qu'ils croyaient sentir se développer dans leur larynx » : opinion qui semblerait corroborer à nos observations.

Un fait capital se rattache à ces signes : c'est l'extrême variabilité des sensations d'un instant à l'autre. Le malade les localise tantôt à droite, tantôt à gauche, même ailleurs (obs. n^o IX), dans le voisinage, cou, région cervicale, épaules. D'autre part, ces sensations disparaissent complètement à deux occasions : aux repas et pendant le sommeil; elles sont parfois beaucoup plus violentes après ces périodes de calme.

L'ensemble de ces signes anormaux constitue la paresthésie laryngée psychonévropathique.

L'examen laryngoscopique chez le paresthésique ou le

malade présentant un trouble hypo ou hypéresthésique, révèle parfois (Botey), une péréisie des muscles thyro et ary épiglottiques déterminant l'élévation permanente de l'épiglotte. Cette élévation épiglottique, pourrait expliquer un phénomène presque constant chez le parésthésique, dont nous devons signaler la fréquence, en passant, la dysphagie accompagnée de saliorrhée.

Les autres signes, en rapport avec la sensibilité ne sont souvent découverts qu'au cours de l'examen de semblables malades; systématiquement chez nos malades nous avons pratiqué un examen complet de tout ce qui pouvait déterminer des troubles parésthésiques, et voici à quels résultats nous ont amenés ces recherches.

Chez les uns nous avons trouvé une diminution ou disparition de la sensibilité — chez d'autres, au contraire, une exagération de cette sensibilité.

Moure et Pitres ont constaté que l'anesthésie s'étendait à tout l'organe laryngé, que la titillation de n'importe quel point du larynx n'amenait aucun réflexe.

Lichwitz, dans sa thèse de Bordeaux, a étudié minutieusement tous les stades de la sensibilité laryngée: il en arrive à conclure que l'épiglotte est soit totalement anesthésiée, normale ou hypéresthésiée.

Nos malades (obs. n^{os} VIII. IX), présentent de l'anesthésie de l'hypo-pharynx, de la base de la langue, de l'épiglotte en sa totalité, et même quelques-uns ont supporté la titillation des cordes vocales avec un porte tampon de Kilian, sans présenter aucun réflexe ni aucune gêne.

La sensibilité au chaud et froid est conservée, quoique l'on ait observé des cas où le malade ne sentait que le contact, alors qu'on lui brûlait les aryténoïdes et l'épiglotte.

Chairon considère l'anesthésie épiglottique comme un signe pathognomonique constant et précoce de l'hystérie. Cet auteur ajoute qu'au début de son affection, le malade a encore la sensation du toucher au chaud et au froid, mais

que, dès lors, il y a abolition à peu près complète de l'acte réflexe.

L'anesthésie laryngée n'est jamais seule, elle coexiste fréquemment avec une anesthésie buccale, nasale, ou pharyngée (Lory) et aussi (Thaon) avec une plaque d'anesthésie sur la face antérieure du cou (obs. n° IX).

Chez aucun de nos malades, nous n'avons retrouvé la coexistence d'anesthésie nasale; l'anesthésie buccale, du voile, des piliers, du pharynx est beaucoup plus fréquente.

Nous n'avons pas eu l'occasion de provoquer par l'attouchement d'un point quelconque du larynx et notamment l'épiglotte, de crises pithiatiques. Lichwitz qui en rapporte plusieurs observations a pu provoquer par pression des régions plus ou moins circonscrites de la muqueuse laryngée, soit le sommeil somnambulique (zone hypnogène), soit un état léthargique (zone léthargogène), soit un état convulsif (zone spasmogène) : il a décelé ainsi des zones hystérogènes sur la muqueuse laryngée, mais de semblables cas ne nous paraissent guère très fréquents.

À côté des paresthésiques, nous avons des malades qui présentent une hyperesthésie douloureuse de leur larynx, revêtant une forme névralgique, continue et spontanée, pouvant entraîner à la longue de la phonophobie. Comme chez les paresthésiques, cette douleur disparaît aux repas et pendant le sommeil; un contact superficiel de la région laryngée, la fait apparaître, alors qu'une impression profonde ne provoque absolument rien (Luc).

C) Troubles pithiatiques.

Sans insister sur la symptomatologie neurologique et pithiatique, qui ne relève pas de ce travail, nous devons signaler en passant l'évolution mentale de certains malades (obs. IX et X).

Dans ces cas, nous retrouvons l'épine organique (Verger),

cause de troubles pithiatiques : le malade ressent une vague gêne localisée, en l'occurrence, à son larynx, et d'hétéro-suggestionné, arrive à s'auto-suggestionner, ne pensant plus qu'à son mal et à la possibilité de sa gravité. C'est ce contingent de malades qui fournira : les hypocondriaques, les phobiques et les délirants : notre observation X semble être typique d'un délire rétrospectif.

Ayant été au début dans le domaine du spécialiste otorhino-laryngologiste, ces malades ont vite dépassé son champ d'investigations, pour ne plus relever que du psychiatre.

DIAGNOSTIC

Notre diagnostic, que nous ayons affaire à un trouble moteur ou sensitif, sera basé sur les anamnestiques et les signes physiques, caractérisés par l'absence de lésions organiques ou disproportionnées avec les signes fonctionnels que présente le malade.

Cependant, on pourrait craindre une lésion nerveuse organique, une paralysie associée dans certains cas; nous avons montré et insisté dans le chapitre précédent sur l'extrême variabilité des symptômes, tant objectifs que subjectifs. D'un instant à l'autre la figure laryngoscopique change de forme, les sensations perçues par le malade changent de place, varient en caractère avec une fréquence déconcertante; tout ceci indique une trouble pithiatique.

Dans les cas de mutisme ou d'aphonie, si nous recherchons le début de la crise, car c'est souvent à ce terme que s'adaptent ces états, on voit que l'apparition du signe fonctionnel est brusque, dans prodromes, de même d'ailleurs que sa disparition.

Le malade, du reste, paraît agité et s'il ne présente pas de trouble phonétiques, son anxiété se manifeste par une loquacité extrême. On sent, au fond, un malade préoccupé de son état et qui tremble pour lui-même, avec périodes alternatives d'exaltation et de dépression, preuve d'instabilité nerveuse. Enfin, certains signes ne sont pas à dédai-

gner : les phénomènes psychonévropathiques sont souvent accompagnés céphalalgies (obs. n° X), dont la caractéristique est une sensation de pression, ou d'engourdissement du sommet de la tête ou de constriction des parties latérales (sensation de casque).

L'un de nos malades présente les signes de ce que Krishaber a appelé : la névropathie cérébro-cardiaque, caractérisée par des phénomènes cérébraux (céphalée, insomnie, dépression) et cardiaques (palpitations, tachycardie, angoisse), (obs. VIII).

Tout cela doit nous écarter d'une lésion organique vraie.

Un autre signe doit faire penser à un trouble psychonévropathique, c'est la disparition fréquente de tous les signes à l'état de veille.

Pendant la guerre, la question diagnostic a vu surgir de grosses difficultés par la présence de simulateurs. Jourdin a désigné, comme signe pour dépister les imitateurs, « l'impossibilité du sifflement » : chez ces derniers, c'est le signe de la simulation, car le sifflement de formation buccale et non laryngée, est parfaitement possible.

Les troubles physiques, parésie des constricteurs, devront être différenciés des parésies organiques et paralysies, par l'absence des signes physiques ou fonctionnels habituels de ces états morbides.

Enfin, l'examen laryngoscopique des malades psychonévropathes devra être très minutieux, car il nous arrive de voir des malades, examinés superficiellement, et catalogués dans les nerveux, alors qu'une lésion minime facile à déceler cependant, et passée inaperçue, révèle le début d'affections plus graves : tuberculose ou néoplasies.

Tous ces signes réunis en faisceau, discutés les uns après les autres par un esprit un peu averti permettent de poser le diagnostic, pour des cas semblables, de troubles psychonévropathiques laryngés.

VI

PRONOSTIC

Le pronostic de ces divers troubles est excessivement variable, cependant on peut dire en général qu'il est assez favorable, excepté dès que le facteur pithiatique entre en jeu, souvent alors le pronostic s'accomplit

La plupart du temps, après une évolution plus ou moins longue, qu'il s'agisse de troubles moteurs ou sensitifs, le malade finit par guérir. Malheureusement, un tel malade est extrêmement sujet de par son tempérament émotif ou nerveux à une tendance désespérante vers la récursive.

La guérison se fait d'autant plus rapidement que le malade est pris tôt et qu'il n'a pas eu le temps de s'auto-suggestionner, car alors il se persuade de l'incurabilité; son affection, relevant jusqu'alors de l'oto-rhino-laryngologie, passe dans le domaine de la psychiatrie, le malade devenant un hypocondriaque ou un phobique (obs. IX, X).

Ainsi, dans l'intérêt de ces malades est-il nécessaire de les soumettre à un traitement qui produise des effets tangibles et rapides.

VII

TRAITEMENT

Le traitement est tout à fait différent suivant qu'on a affaire à un trouble moteur ou à un trouble sensitif.

Avant l'apparition des phénomènes ou entre deux crises, le seul traitement prophylactique sera la psychothérapie, mais ceci relevant de la psychiatrie, nous n'empiéterons pas sur son domaine.

Dans les troubles moteurs, le mutisme, l'aphonie, le bégaiement, seront traités identiquement par la rééducation phonétique et respiratoire, au moyen de séances courtes mais fréquentes. On convaincra autant qu'il est possible au malade, qu'il lui est permis de parler correctement, tout en cherchant à le prévenir contre la cause de son mal « l'émotion ».

Il faut rassurer le malade et la confiance qu'il aura dans son médecin fera à elle seule la moitié du traitement; le malade doit savoir qu'il n'a aucune lésion et que sa voix peut être comme celle de tout le monde.

On aura tout intérêt à gagner de l'autorité sur le psychonévropathe et pour ainsi dire obtenir une supériorité et une transmission de sa volonté consciente sur la volonté psychiquement déficiente du malade.

Suivant Babinski, ces psychonévropathes, présentent deux caractères essentiels dans leur affection : elle peut être

provoquée par suggestion et ensuite être guérie par une autre.

À côté de ce traitement on pourra, surtout chez l'aphone nerveux, pratiquer avec succès suivant les méthodes de l'Ecole Bordelaise, le massage pré-laryngé, vibratoire ou manuel, la flexion de la tête en avant avec fixation laryngée, la faradisation percutanée avec un pôle dorsal fixe et un pôle cervical antérieur mobile. Comme pour la rééducation phonétique, ces séances thérapeutiques devront être de courte durée et fréquentes pour ne pas fatiguer les malades. Dans les cas rebelles nous pourront tenter toutes les méthodes employées jusqu'à ce jour : renversement de la tête en arrière de Seifert, compression d'Oliver, excitation laryngoscopique.

Nous considérons de même, parmi les troubles moteurs, les spasmes. Mettant à part les cas où la prédominance de phénomènes graves, comme l'asphyxie, la cyanose, commandent l'intervention d'urgence telle que la trachéotomie (obs. n^{os} V, VI).

Le traitement des spasmes relève du traitement médical par les sédatifs : pulvérisation à base de cocaïne adrénaline, injections de morphine et enfin les solutions polybromurées, les préparations de valériane et de valérianate.

Dans les cas de troubles sensitifs quelle sera notre attitude ?

Si le malade présente de l'hypéresthésie et de la paresthésie, il suffira parfois d'un simple badigeonnage, soit au menthol, soit prudemment à la cocaïne pour faire tout rentrer dans l'ordre.

Les préparations eucalyptolées, thymolées en fumigations ainsi que les préparations bromurées per os seront aussi de mise en pareil cas.

Certains de ces malades bénéficieront d'un traitement hydrominéral et seront très améliorés par des applications de pointes de feu sur la base de la langue; la sensation

éprouvée par ces cautérisations, douloureuses sur le moment, s'évanouit peu à peu entraînant parfois avec elle la disparition des sensations anormales.

L'hypoesthésique bénéficiera d'un traitement hygiénique et reconstituant : arsenic, gouttes amères de Baumé, exercices physiques.

Ce n'est que tout à fait à la dernière extrémité, alors que tous les traitements médicaux et psychothérapiques ordinaires ont échoués que nous soumettrons nos malades d'abord à l'éthérisation ou chloroformisation (de Ritis) ou à des méthodes purement chirurgicales employées surtout dans les cas de mutisme psychonévropathique rebelle (Caliceti). On aura des résultats par menaces et tentatives d'étranglement ou d'intervention chirurgicale.

Si le jour de l'opération on n'a obtenu aucun résultat, on prépare celle-ci avec une grande mise en scène, la plus terrifiante possible, et parfois on va jusqu'à faire une incision cutanée sous anesthésie générale (Citelli).

Dans tous les troubles qui ont été l'objet de cette étude, nous pouvons affirmer sans crainte que la guérison est en plus grande part due à la psychothérapie sous quelque forme qu'elle soit, ou purement psychique, ou par influence mécano-thérapique surajoutée.

CONCLUSIONS

I. - Les troubles laryngés nerveux jusqu'à ce jour décrits sous diverses dénominations, peuvent être considérés comme d'origine psychonévropathiques.

II. — Les troubles sont loin d'être rares et la période actuelle d'après guerre semble en être riche d'exemples.

III. — Les symptômes observés relèvent tantôt de troubles moteurs (mutisme, aphonie, disphonie, mogiphonie, bégaiement, spasme, toux œdème), tantôt de troubles sensitifs (paresthésie, anesthésie, hypoesthésie, hyperesthésie).

IV. — Le diagnostic en est relativement facile, en étant donné les stigmates nerveux qui accompagnent souvent les troubles laryngés.

V. — Le pronostic variable avec le terrain doit être plus réservé, lorsque la maladie évolue sur un pythiatisme préparateur.

VI. — Le traitement relève de la collaboration du spécialiste et du neurologue, car si le traitement médical spécial agit avec succès c'est souvent par un traitement psychopératique concomittant que se parachèvera la guérison. Le traitement chirurgical ne devra être employé qu'à toute extrémité ou dans des cas d'une ténacité exceptionnelle.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

MOURE

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 Juin 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

Travaux avant 1918,

157. LAC DE BOSREDON. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 2^e série, p. 208.
1881. THAON. — L'hystérie et le larynx. *Ann. des maladies de l'Or. et du Larynx.*, mars, p. 30.
188. WOTHFIELD WARD. — Parésie des cordes vocales. *Arch. of Laryngo.*, N.-Y., avril.
1886. CHARCOT. — Crises de mutisme chez les hystériques. *Gaz. des Hôp.*, n° 5, janvier.
— Leçon sur le mutisme hystérique. *Gaz. des Hôp.*, n° 72, juin.
- CARTAZ. — Du mutisme hystérique (Clinique Charcot). *Progrès médical*, n° 7 à 9, février.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Cas de mutisme hystérique chez l'homme. *Progrès médical*, novembre.
1887. OLT ADOLPH. — Statistique des cas de paralysie des cordes vocales avec parésie de la sensibilité. *Prager. Méd. Wochensh.*, n° 13, mars.
- AMADEI. — Mutisme hystérique traité par suggestion. Guérison. *Gazz. degli. ospit.*, Milan, n° 12.
- DELLO STROGOLO. — Mutisme hystérique. Guérison par hypnotisme. *Morgagni. Ann.*, xxix, n° 10, octobre.
- LICHTWITZ. — Thèse de Bordeaux. *Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et*

- de quelques organes des sens (goût, odorat, ouïe) et sur les zones hystérogènes des muqueuses.
1888. FRATTINI. — Cas de mutisme hystérique produit et guéri par émotion morale. *Gaz. Degli ospit. ann.* ix, n° 4, Milan.
- JOURET. — Aphonie hystérique simple (*Scalpel*, n° 43), 22 avril.
- MASSUCCI. — Sur les névroses laryngées. *Giorn. de clin. terap. ann.*, xxx, n° 2, Naples.
1890. CHARAZAC. — Un cas de mutisme hystérique (Soc. méd. chir. et pharm., *Revue méd.*, Toulouse, 1^{er} avril).
- PROUST et TISSIER. — Les paralysies du muscle ary aryénoïdien (p. 289). *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx* (mai).
- MOURE. — XXV^e et XXVI^e leçons. Leçons sur les maladies du larynx recueillies par le D^r Natier.
1891. BIOLET. — Quelques considérations sur le mutisme hystérique. Thèse, Paris.
1892. KOCH. — Quelques obs. sur le mutisme hystérique. *Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.
1893. MARTIN. — Sensation de corps étrangers du pharynx et larynx, suppression par action de la cocaïne. *Arch. internat. de laryngo.*, n° 2.
1894. CASTEX. — Neurasthénie laryngée. *Congrès Soc. Française de laryngo., otologie, rhinol.*, 30 avril.
- CASTEX. Neurasthénie laryngée. *Archives internat. de laryng., rhinol. et otol.*, n° 5, sept.-oct.
- GIOFFREDI. — Cure de mutisme hystérique par électrisation. *Gaz. Degli. ospit.*, 1^{er} octobre.
- ROSENBERG. — Toux hystérique légère. (*Revue laryngo.*, n° 6).
1895. LANGNER. — Du diagnostic et de la thérapie du mutisme hystérique. *Arch. für Laryng. und Rhinol.*, Bd 11, Hefte 3.
- NISSIUS. — Des troubles de la parole dans les névroses. *Gazette des hôpitaux*, 13 avril.
1898. LUC. — Les névropathies laryngées, in bibliot. méd. de Charcot et Debove.

1900. BOURNONVILLE. — Cas de toux hystérique. *Echo méd. du Nord*, n° 1.
BOTEY. — Pathogénie et traitement de la paresthésie laryngée. *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 8.
CHIARI. — Un cas de spasme hystérique de la glotte. Soc. de laryng. de Vienne, séance du 7 déc. 1899, analysé dans *Revue de laryng. hebdomadaire*, n° 12.
SOREL. — Toux hystérique. *Arch. médic. de Toulouse*, n° 17, 1^{er} septembre.
WATHAM. — Relations d'un cas de dyspnée laryngée. *The laryngoscope*, vol. VIII, n° 5.
1902. GABLESCHI. — Mutisme hystérique durant depuis six ans guéri par suggestion d'une opération. *Ann. de laryng. et otol.*, n° 4, 20 décembre.
1903. COURTADE. — De la laryngite oedémateuse névropathique. *Arch. intern. de laryngologie*, n° 6, nov.-déc.
LABOUGLE. — Mutisme hystérique par aphonie. Phénos. associés d'astasia abasia. *Gaz. hebdomadaire. Sciences méd. de Bordeaux*, n° 50, 13 décembre.
1904. MEYER. — Névroses laryngées. *Laryngoscope*, n° 7.
MORISSET et MOURICHAUD. — Bégaiement hystérique. *Lyon Médical*, n° 50, 11 décembre.
1905. FOURNIÉ. — Procédés d'examen du larynx et du cavum nasopharyngien chez les sujets hyperesthésiques. *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 12, décembre.
1906. JOURDIN. — Aphonie hystérique et aphonie simulée. *Arch. intern. de laryng.*, juillet-août.
1910. SENATOR. — Traitement de l'aphonie hystérique. *Arch. intern. de laryng.*, juillet-août.
1911. IRIBARNE. — Laryngopathies nerveuses. Psychothérapie de l'aphonie. Soc. de psycho., *Bull. méd.*, 1^{er} juillet.
1914. GAULT. — Sur la technique de rééducation dans l'aphonie nerveuse. Congrès Soc. Française de laryng., 12 mai.
1915. GUILLAIN. — Sur un cas de mutisme consécutif à l'éclatement d'un projectile. *Presse médicale*, n° 23.
1916. LIEBMANN. — Sprachstörungen bei Kriegsteilnehmern, Berlin 1916, o. Coblentz, p. 109.

- POLLAK. — Zur behandlung der hysterischen aphonie
Kriegsverletzter. *Med. Klin.*, Berlin, 1916, XII, 539.
1917. LIÉBAULT et COISSARD. — Aphones de guerre, traitement
rééducation. Travaux de la Clinique d'O.-R.-L. de
Bordeaux.
1917. BABINSKI. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux
d'ordre réflexe en neurologie de guerre. Paris 1917,
Masson et C°, page 267.
- BARTH. — Die psychogenen Länungen der Stimme, Sprache
und des Gehors. *Med. Klin.*, Berlin 1917, XIII,
1339-1343.
- Travaux parus depuis 1918 :*
1918. MASSEL. — Aphonie nerveuse et mutisme hystérique
traité par éthérisation. *Oto-rhino-laryng. internationales*, 1914-18, page 607.
- ROSSI MARCELLI. — Traitement de l'aphonie et du mu-
tisme hystérique par éthérisation. *O.-R.-L. intern.*,
1914-18, page 607.
- HARMER. — Discussion on warfare injuries and neu-
roses of the larynx. *Proc. Roy. Soc. Med.* Londres,
1917-18, XI, Sec. laryng. 171.
- SMURTHWAITE. — War neuroses. *Proc. Roy. Soc. Med.*,
Lond., 1917-18, XI, Sec. laryng. 182-200.
- SCANNAVINO et TONINA. — Mutismo hystérico. *Observ.*
clínica semena medica. Buenos-Aires, 1918, XXV,
151-153.
- RENÉ CEELLES et GIRARD. — La rééducation des aphones
et sourds de guerre. *Revue de Laryngo.* Paris, 1918,
XXXIX, 533-549.
- GAULT. — Sur la technique de rééducation dans l'apho-
nie nerveuse. *Revue de laryngo.* Paris, 1918, XXXIX,
324-326.
1918. GUYOT. — Aphonie hystérique. *Revue méd. de Suisse*,
Rome, Genève, 1918, XXXVIII, 405.
1919. GRANT. — Case of fonctionnal aphonia of three month's
duration. *Proc. Roy. Soc. Med.*, Londres, 1918-19,
XII, sect. laryng. 29.

- SCARPINI. — Mutismo di guerra ed altre turbe isteriche del linguaggio. Considerazioni sulla loro cura. *Rassegna di stud. psichiat.* Giena, 1918-19, VIII, 28-57.
- BESOGUS. — Terapia dei mutismi e delle afonie funzionali colle scintille elettriche. *Riforma med.* Napoli, 1919, xxxv, 26-28.
- SMURTHWAITE. — War neuroses of the larynx and speech mechanism. *J. Laryngol.*, London, 1919, xxiv, 1320.
- GILL. — Hysterical aphonia in soldiers with special references to gassing. *Scale Hayne neurol. Stud.*, London, 1918-19, I, 150-159.
- HURST et GILL. — Hysterical aphonia in soldiers. *J. Laryngologie*, London, 1919, xxiv, 189-200.
- WINSLOW. — Functionnal aphonia. *N.-Y. M. I.*, 1919, x, 1129.
- SCHLACTER. — Psychogener stridor bei soldaten. *Zeitsch. f. ohrenh. Wiesh.*, 1919, lxxvii, 44-59.
- DE RITIS. — Contribution à l'étude du mutisme hystérique. *O.-R.-L. intern.*, p. 191, 1919.
- CITELLI. — Deux méthodes personnelles efficaces pour le traitement du mutisme et surdimutité émotifs. *O.-R.-L. intern.*, p. 137, 1919.
- SCHÜTTER. — Psychogène stridor. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Amst.*, 1919, II, 1050-1052.
- SWITH. — Unilatéral hystérique paralysis with atrophy from disuse. *Negeskr. f. læger Kopenh.*, 1919, xxxi, 1605-1607.
- PUSATERI. — Edema acuto della laringe in donna gravida. *Archiv. ital. di laryngol.*, Napoli, 1919, xxxix, 73-91.
1920. MACKENZIE. — Prolonged and obstinate (functionnal aphonia treated by hypnotism. *Proc. Roy. Soc. Med.* Lond., 1919, xx-xiii, sect. Laryng. 1-3.
- MACKENZIE. — Motor neuroses of the larynx. *Laryngoscope*, Saint-Louis, 1920, xxx, 585-594.
- RUGANI. — Sulle nevrosi belliche in riguardo all otorinolaringologia (sordita, anosmia, agueusia, afonia,

- mutismo). *Arch. ital. di otol.* Torino, 1920, xxxi, 139-166.
- HALBERSTADT. — Expertise psychiatrique d'un cas de mutisme absolu. *Ann. d'hygiène*, Paris, 1920, iv, sect. xxxiii, 251-256.
- CALICETI. — Traitement du mutisme et surdimutité émotifs par la méthode de Citelli. *O.-R.-L. intern.*, 1920, p. 446.
1921. MACKENZIE. — Neuroses motrices du larynx. *O.-R.-L. intern.*, 1921, p. 135.
- GORDON. — Mutisme acquis et persistant chez un enfant de treize ans. *Ann. med. psychol.*, Paris, 1921, II, sect. I, 348-351.
- DE SANCTIS. — I mutismi in neuropsychiatria infantile. *Riv. of patol. nerv.*, Firenze, 1921, xxvi, 189-231.
- LWOFF et TARGOWLA. — Un cas de mutisme. *Bull. soc. clin. med. ment.*, Paris, 1921, ix, 138-141.
1922. MOURET et CAZEJUST. — Contribution à l'étude des psychonévroses en O.-R.-L. *O.-R.-L. intern.*, janv. 1922.
- LEROUX et BOUCHET. — Un cas de spasme laryngé d'origine pithiatique. *Progrès médical*, Paris, 1922, xxxv, 1-3.
1924. COISSARD. — Le bégaiement et son traitement. Nantes.
- SPALAÏKOVITCH. — Contribution à l'étude des troubles psycho-névropathiques en otologie. Thèse, Bordeaux.
- MAYERSHON. — Aphonie hystérique. *Arch. internat. de Laryngol.*, mai 1924, p. 615.
-

Imprimerie E. DAGUERRE, 19, Rue de Berry. Bordeaux — Téléphone 31.92.

